سال ۱۳۹۸

لکچر نوت نسایی

سمستر اول و دوم صنف پنجم

ترتیب کننده: پوهنوال داکتر خدیجه روهینا عثمانی

دیپارتمنت جراحی پوهنحئی طب پوهنتون هرات

سال ۱۳۹۸

مقدمه

امراض نسایی یا بیماری های زنان یکی از بخش های اساسی طب وجزء مضامین اساسی کوریکولم درسی پوهنحی طب است، که در سمتر اول و دوم صنف پنجم تدریس می شود. تعداد کریدت های این مضمون در هر سمستر ۲ کریدت می باشد. نظر به تغییرات در کوریکویم درسی و نیاز به به روز کردن کتب درسی به خود لازم دانستم تا لکچر نوت نسایی را ازمعتبر ترین و جدید ترین کتب نسایی چون ویلیمز، کارنت نسایی، نواک و کستینر تهیه نموده و به دسترس محصلین قرار دهم. این لکچر نوت در شانزده فصل ترتیب شده که شامل تاریخچه و معاینات نسایی، تشوشات عادت ماهوار، امراض التهابی فرج و مهبل، پرولپس اعضای تناسلی، عقامت، انومالی های جهاز تناسلی و Malposition رحمی، خونریزی های غیر طبیعی رحم، آفات عنق رحم، آفات جسم رحم و تخمدان ها، منوپوز، پروسیجر های جراحی نسایی و روش های جلوگیری از حمل می باشد. در این کتاب تا حد امکان کوشش بعمل آمده تا موضوعات بشکل ساده، سلیس و عام فهم تهیه گردد. در این کتاب برای یادگیری بهتر شاگردان در قسمت های که ضرورت بوده چارت ها و اشکال اضافه گردیده است تا با دیدن آن شاگردان موضوع درس را بهتر بیاموزند. امیدوارم با تهیه این کتب توانسته باشم کمکی در جامعه طبی و کسب دانش بهتر شاگردان نموده باشم.

پوهنوال خدیجه روهینا عثمانی

فهرست مندرجات

Medical
Updates
Support the page and stay up to date

فصل اول

معاینات نسایی

تاریخچه

برقراری رابطهء خوب با مریض حین گرفتن تاریخچه مهم می‌باشد. مریض مشکلات خود را به شخصی در میان میگذارد که صبر وحوصله کافی برای شنیدن سخنان وی داشته باشد. فرد تاریخچه گیرنده نباید سخنان مریض را قطع کند زیرا ممکن سر نخ های مهمی از نظر داکتر مخفی بماند. تاریخچه به ترتیب زیر اخذ می‌گردد.

اطلاعات شخصی: شامل: نام، سن، تاریخ تولد، حالت مدنی، وظیفه، وظیفه شوهر.
شکایت اصلی (chief complaint) : یک یا چند علامت نگران کننده که باعث جستجوی مریض برای تداوی شده اند وبه زبان خود مریض بیان می‌شود.
Present illness: شامل افکارواحساسات مریض درمورد مریضی وی میشود که یک توصیف کامل، واضح با ترتیب زمانی، علایم همراه و هر گونه تداوی انجام شده را در بر می‌گیرد.
مریض گاهی بیشتر از یک شکایت دارد که هر کدام از شکایات باید به شکل مفصل در حد یک پاراگراف ثبت شود.
Obstetric history: تاریخچه ولادی با یک نظم خاص به ترتیب زمان گرفته شده و از اولین حاملگی شروع می‌شود، جنسیت ووزن طفل، دوام حاملگی، شکل ولادت، جائیکه در آنجا ولادت صورت گرفته (شفاخانه یا خانه) تولد طفل Mature، premature، سقط، حمل خارج رحمی و طفل مرده همه ثبت می‌گردد.

Menstrual history

a) تاریخچه اولین عادت ماهوار یعنی Menarche
b) طول دوام سیکل قاعدگی که از اولین روز آخرین عادت ماهوار تااولین روز عادت ماهوار آینده می باشد.
c) نظم سیکل، مقدار و روزهای خونریزی قاعدگی وهرگونه دردی که متعلق به خونریزی باشد باید ثبت گردد.
d) تاریخ آخرین عادت ماهوار یا LMP(Last Menestural Period)باید به دقت یاداشت شود.

Past history: مریضی های دوران کودکی مثل سرخکان، سیاه سرفه، آبله مرغان، تب روماتیزمی وفلج اطفال دربخش مریضی قبلی ذکر می‌شود. ضمناً در بخش‌های زیر باید اطلاعاتی را فراهم نمود.
داخله: دیابت، فشار خون، هیپاتیت، HIV و استما.

جراحی: تاریخ، علت و نوع عمل جراحی؛

Family History: سن ووضعیت صحی یا علت مرگ هر یک از فامیل های نزدیک شامل والدین، پدرکلان‌ها ومادرکلان‌ها، خواهران و برادران به صورت خلاصه ذکر می‌شود، درباره هر گونه سابقه سرطان ثدیه، تخمدان، عنق رحم وکولون و ضمناً در باره هرگونه مریضی های منتقله از راه جنتیک معلومات حاصل شود. و همچنین تاریخچه فامیلی HTN, DM، توبرکلوز، الرژی یا حساسیت، تشوشات جنتیک، چند گانگی، اختلالات خونی باید سوال شود.

Personal and Social History: شامل شغل، میزان تحصیلات، وضعیت خانوادگی و افراد مهم خانواده، منابع فشار روحی، اعتقادات مذهبی و همچنین عاداتی که ایجاد خطر می‌کنند، می‌باشد.

Drug History: شامل نام، مقدار مصرف ودفعات مصرف دوا می شود. همچنین شامل دواهای بدون نسخه، ویتامین ها ومواد معدنی یا دواهای گیاهی و قرص های جلوگیری نیز می‌باشد.

Allergy History: عکس العمل خاص به دواها مانند بثورات (Rash) جلدی یا تهوع، حساسیت به غذا ها، حشرات یا عوامل محیطی باید ثبت شود.

Sexual history– سوالاتی که باید پرسیده شود عبارت اند از: آیا مریض از نظر جنسی فعال است؟، آیا رابطه فعلی مریض برایش رضایت بخش است و پرسش در مورد تمایلات جنسی

معاینات فزیکی

معاینه فزیکی باید در یک محیط مناسب انجام شود و محرمیت مریض در نظر گرفته شود یعنی پوشاندن مناسب مریض با روپوش از خجالت زده گی مریض ممانعت می کند. در صورتی‌که مریض تقاضای حضور همسر یا یکی از اعضای فامیل را در کنار خود می‌کند باید به درخواست وی احترام گذاشته شود مگر اینکه داکتر احساس کند که این کار در روند معاینه تداخل ایجاد می‌کند.

علایم حیاتی – شامل نبض، فشار خون و درجه حرارت

معاینه پستان – در زمان گرفتن تاریخچه باید از مریض راجع به اینکه آیا متوجه ترشح، درد یا کتله در ثدیه‌های خود شده است یانه و در مورد سابقه جراحی پستان و ماموگرافی پرسیده شود.

معاینه پستان در دو وضعیت نشسته یا ایستاده و دراز کشیده انجام می‌شود. در حالت نشسته باید نوک پستان ها و التوالات (چین های) زیر پستان دو طرف مشاهده گردد. بعداً به مریض توصیه می شود که بازو های خود را از سر بالا تر برده و کمی به جلو خم شود و در مرحله بعدی دست های خود را روی حوصله قرار دهد و عضله پکتورال خود را

منقبض کند در این حالت بالا بودن نوک یکی از پستان ها، صاف بودن و فرورفتگی های جلدی پستان را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

در حالت دراز کشیده توسط سطح صاف نوک انگشتان هر چهار ربع پستان و ناحیه زیر ariola و زیر بغل باید جس شود.

نوک پستان ها برای موجودیت ترشحات باید فشار داده شود وداکتر نسایی باید در صورت ضرورت به مریض ماموگرافی توصیه کند و یا بیوپسی اخذ نماید.

معاینه بطنی – برای این معاینه باید مریض به حالت خوابیده به اضطجاع ظهری قرار گرفته و پاها کمی از زانو خم شود. ابتداء تفتیش بطن صورت گرفته و بعداً جس بطن بصورت سطحی و عمیق انجام می‌شود. موجودیت rigidity, Tenderness و کتلات در بطن مشخص می‌گردد. ناحیه دردناک آخرین نقطه ای است که در جس عمقی باید معاینه شود. اصغای بطن برای موجودیت حرکات امعاو قرع بطن ما را در تشخیص بزرگی ارگان ها، تومور یا acitis کمک می کند.

معاینه حوصلی – در زمان معاینه حوصلی باید داکتر ترس مریض را به حد اقل برساند. محیط آرام باشد و باید منبع نور کافی، اسپیکولوم به سایزهای مختلف، دستکش و مایع lubricant (چرب کننده) موجود باشد. همچنین وسایل لازم نمونه برداری نیز موجود باشد.

معاینه حوصلی با معاینه فرج شروع می‌شود. مو های پوبیس از نظر الگوی زنانه یا مردانه بررسی شوند و هر گونه ضایعات جلدی، تومورها و پارگی ها بدقت ارزیابی شود. کلیتوریس ولب های کوچک وبزرگ معاینه شده و غدوات ویستیبول که عبارت از غدوات برتولین می‌باشد در حالت طبیعی قابل جس نیست و بزرگی آن حالت غیر طبیعی را نشان می‌دهد. غدد بارتولین با داخل کردن انگشت اشاره در داخل مهبل و انگشت شصت در خارج جس می‌شود. ناحیه مقعداز نظر هیموروييد، شقاق (Fissure) و انتان معاینه شود.

پرده بکارت انواع مختلف داشته و باید از نظر پارگی و یا پرده بکارت غیر مثقوبه معاینه شود. بعداً از مریض خواسته شود که زور بزند تا cystocele، Rectocele، Uretherocele و یا پرولاپس رحم آشکار شود وفوهه احلیل نیز ارزیابی گردد.

معاینه مهبلی – ابتدا یک اسپیکولوم داخل مهبل نموده عنق رحم از نظر ترشحات، تغییر رنگ وerosion ارزیابی گردیده، از عنق pap smear گرفته شده و هم در صورت موجودیت ترشحات در مهبل نمونه جهت معاینه میکروسکوپی از آن گرفته شود. بعداً در حالیکه اسپیکولوم خارج می‌شود دیوار های مهبل دقیق معاینه می‌شود. در اخیر با معاینه توسط انگشت میانی و اشاره دیوارهای مهبل جس می‌شود. دیوارها باید نرم، الاستیک و بدون درد باشد.

معاینه دو دستی

انگشت میانی و اشاره داخل مهبل و دست دیگر باید همزمان، در طول خط میانی بر روی بطن مریض باشد. در این معاینه ابتداء عنق رحم را از نظر موقعیت، قوام و حساسیت معاینه می‌نمایم. باید یاد آور شد که تحرک عنق رحم بدون درد می‌باشد.

جسم رحم به اندازه نصف مشت بسته مریض بوده ویک خمیده گی بطرف قدام دارد. در یک سوم خانم ها رحم بطرف خلف خمیده گی دارد و با حرکت دادن درد ناک نمی‌باشد. رحم از نظر شکل، موقعیت، قوام وتحرکیت معاینه می‌شود.

ادنکس ها (شامل تیوب‌هاو تخمدان‌ها) در بسیاری از خانم های چاق قابل جس نیستند، زیرا قطرتیوب ها معادل ۷ ملی متر و از تخمدان بزرکترین قطر آن ۳ سانتی متر است. در حالیکه در اکثر خانم های لاغر اکثراً تخمدان و در برخی موارد تیوب رحمی قابل جس هستند. ادنکس هارا با قرار دادن انگشتان در فورنکس های جنبی جس می‌کنیم. ادنکس ها باید از نظر تندرنس، بزرگی و موجودیت کتلات جس گردد.

معاینه Rectovaginal: دستکش معقم پوشیده و انگشت میانی را داخل مقعد وانگشت اشاره را داخل مهبل نموده، ریکتوم باید از نظر وجود هر گونه Tederness، قوام و موجودیت کتلات بررسی شود. توسط انگشت که داخل مهبل است عنق رحم را به سمت قدام فشار می‌دهیم در این حالت لگمنت یوتروسکرال تحت کشش قرار می گیرد. این مانور

درد ناک نبوده، امادردناک بودن آن در حالیکه نودول های درد ناک را در مسیر لگمنت مذکور جس کنیم دلالت به اندو متریوز می‌نماید.

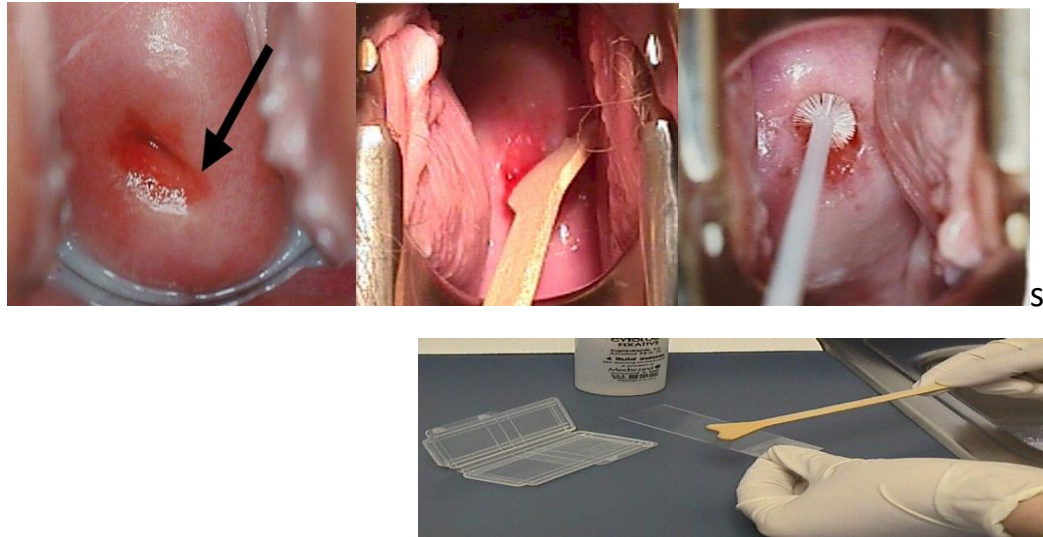
اقدامات تشخیصی

Pap Smear:

اساس تشخیص ضایعات پیش سرطانی عنق رحم برغربالگری های دوره ای سایتولوژی عنق استوار است. از پاپ اسمیر نه تنها برای تشخیص سرطان های عنق بلکه برای سنجش وضعیت هورمونی، انتانات مقاربتی و ضایعات سلیم عنق نیز می توان استفاده نمود. این معاینه تا سنین۲۹-۲۱ سالگی هرسه سال یکبار ودر خانم‌های که سه تست طبیعی داشته باشند بعداً هر ۲-۳ سال یکبار صورت گیرد. همچنین در خانم‌های بین سنین ۳۰-۶۴ سال که سه تست پی در پی نورمال داشته اند هر ۲-۳ سال یکبار انجام شود، در این خانم ها همراه باتست سایتولوژی تست HPV نیز باید هر ۵ سال یکبار انجام شود. درخانم‌های درمعرض خطر شامل خانم‌های با شرکای جنسی متعدد، سابقه امراض مقاربتی، پاپ سمیر غیر طبیعی، زیگل تناسلی، مبتلایان HIV و خانم های که در معرض دای ایتیل استیل بسترول بصورت داخل رحمی قرار گرفته اند هر ۶ ماه یکبار باید پاپ اسمیر صورت گیرد.

تکنیک

مریض باید ۲۴ ساعت قبل از عملیه دوش مهبلی و ادویه ضد حاملگی مهبلی نگیرد، مقاربت نداشته باشد و در زمان قاعده گی نباشد. اسپیکولوم مرطوب شده با آب را داخل مهبل می‌کنیم با مشاهده عنق یک spatula مخصوص چوبی یا پلاستیکی داخل عنق می‌کنیم وآنرا به زاویه ۳۶۰ درجه می‌چرخانیم طوریکه یک لایه سطحی مخاطی که شامل ناحیه استوانه ای-سنگفرشی عنق می‌شود جدا شودو بعداً یک اپلیکاتور با نوک پنبه ای یا یک Brush کوچک را گرفته داخل اندوسرویکس نموده و ۳۶۰ درجه می چرخانیم. این دو نمونه را می‌توانیم مخلوط یا در دو سلاید جداگانه قرار داده، سپس به آن ماده نگه دارنده علاوه می‌کنیم. درغیر این صورت نتایج حاصله مخدوش می‌شود. به سلاید بر چسپ مشخصات شامل تاریخچه و یافته های مربوطه را می‌زنیم. در روش دیگر نمونه حاصله داخل یک محیط واسط مایع قرار داده می‌شودو به آزمایشگاه فرستاده می‌شود.

s

تصویر ۱- مراحل گرفتن پاپ اسمیر ویکتور سیاه scoamuse culumner junction را نشان می دهد

نتایج

۱-Squamous cells (ASC) Atypical حالت نورمال را نشان نمیدهد شاید precancerous باشد یا نباشد.

۲-Low- grade Squamous intraepithelial Lesion(LSIL) این حجرات ابنارملتی خفیف از سبب HPV نشان می‌دهد.

۳- High grade Squamous intraepithelial Lesion(HSIL) این حجرات نشاندهنده‌ای تحول به کانسر است.

۴- Squamous Cell Carcinoma

۵- Atypical Glandular Cell

۶- Endocervical Adenocarcinoma

تست Schillr–این تست بر پایهٔ این اصل استواراست که اپیتلیوم سنگفرشی عنق دارای گلایکولوژن می‌باشد که با آیود ترکیب می‌شود و رنگ قهوه ای مایل به سرخ تیره را ایجاد می‌کند. عدم رنگ پذیری نشاندهنده اپیتیل

سنگفرشی غیر طبیعی است و تست مثبت تلقی می‌شود. این حالت در اسکار ها، تشکیل کیست. یا اپیتیل میتاپلاستیک دیده می‌شود. برای تست از محلول لوگول(آیود) استفاده می‌شود.

معاینه کولپوسکوپی

اولین روش ارزیابی عنق با سیتولوژی غیر نورمال است. از کولپوسکوپ با قدرت بزرگنمایی (۵–۱۵X) برای مشاهده عنق، مهبل، ولو و اپیتیل مقعد استفاده می‌شود. با استفاده از محلول استیک اسید ۳–۵٪ اختلال در ظاهر اپیتیلیوم و خونرسانی موی رگی آن مشخص می شود. توسط کولپوسکوپ ضایعات موضعی عنق دریافت گردیده و از مناسب ترین محل بیوپسی اخذ می‌گردد.

استطبابات

– اسمیر سیتولوژی عنق غیر طبیعی یا تست HPV غیر طبیعی

– عنق غیر طبیعی در معاینه مهبلی یا به ظاهر مشکوک

– خونریزی بعد از مقاربت یا در فواصل سیکل با علت نا مشخص

– نیوپلازی مهبل یا ولوا

– سابقه تماس با دای ایتیل استیل بسترول (DES)

حالات غیر نورمال:

۱– لوکوپلاکی با هیپرکراتوز بشکل ناحیه ای سفید با اپیتلیوم ضخیم که قبل از بکار بردن استیک اسید ظاهر می شود و نشاندهنده نیوپلازم زمینه ای است.

۲–اپیتلیوم acetowhite که اپیتلیومی است که بعد از استفاده استیک اسید به رنگ سفید در می‌آید.

۳– mosaicism و punctuation که نشاندهندهً غیر طبیعی بودن مویرگ های سطحی است.

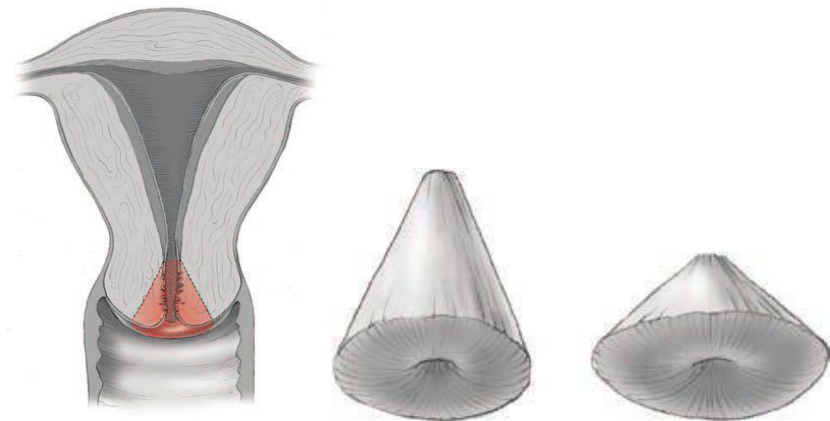
Punch Biopsy به کمک کولپوسکوپی باید از نواحی غیر طبیعی انجام شود.

Cunization: عبارت از مخروط برداری عنق رحم به منظور تشخیص یا تداوی برای برداشتن حجرات precancerous می‌باشد. این عملیه تحت انستیزی موضعی یا عمومی انجام می‌شود. عوارض آن شامل خونریزی، انتان، تنگی عنق و عدم کفایه عنق است. کونایزیشن در حالات زیر صورت می‌گیرد:

– در صورتیکه نتیجهً کولپوسکوپی غیر رضایت بخش باشد.

– ضایعه داخل کانال عنق خارج از دید قرار داشته باشد.

– دیسپلازی در نمونه Endocervical وجود داشته باشد.

– همخوانی بین تشخیص نسجی نمونه بیوپسی و بررسی های سیتولوژیک وجود نداشته باشد.

تصویر ۱– cunization (ویلیامز ۲۰۱۶)

Cryotherapy:

یک عمل سرپایی بوده به بی حسی نیاز ندارد. Nitrous oxide و یا کاربن دی اکسید به عنوان سرد کننده برای سرد کردن پروپ استفاده می شود. پروپ روی Exocervix طوریکه تمام ضایعه را بپوشاند گذاشته می شود. سپس پروپ فعال می‌شود تا زمانی که سفید شدن سرویکس در منطقه ای به وسعت حد اقل ۷ ملی متر خارج از پروپ در تمام جهات ایجاد شود.

اثرات جانبی آن شامل Uterian cramp (چنگ گرفتگی رحمی خفیف)، ترشح مهبلی زیاد و آبکی بمدت چند هفته و ندرتاً عفونت و تنگی سرویکس است.

Loop Electrosurgical Excission Procedure (LEEP): این میتود برای برداشتن نسج اضافی جهت بررسی هستولوژیک در درمان CIN II و III استفاده می‌شود. در این روش از یک loop یا حلقه سیمی نرم و کوچک که به جنراتور الکترو سرژیکال وصل است استفاده می‌شود. بعد از برداشتن نمونه از ناحیه Transformation، نمونهٔ نازک از اندوسرویکل نیز گرفته می‌شود. عوارض آن شامل خونریزی، انتان و تنگی عنق می‌باشد.

بیوپسی

الف – Vulva & Vagina: نمونه برداری از ناحیه ولو و مهبل تحت انستیزی موضیعی توسط Punch جلدی یا یک Scalpel تیز صورت گرفته و جلوگیری از خونریزی توسط محلول Monsel صورت می گیرد. ندرتاً نیاز به بخیه می‌باشد.

ب– عنق رحم: نمونه گیری توسط کولپوسکوپ صورت گرفته که باید بطور کامل منطقه انتقالی اسوانه‌ای– سنگفرشی را در محل اتصال سرویکس داخلی و خارجی نشان دهد. نمونه برداری از قسمت داخلی سرویکس توسط کورتاژ و اگر کولپوسکوپ بدسترس نباشد یک بیوپسی ۴ ربعی (۴ quadnantn biopsy) از ساعات ۱۲، ۳، ۶ و ۹ گرفته می‌شود. تست شیلر محل دقیق بیوپسی را مشخص می‌کند.

ج– بیوپسی اندومتر: توسط کانول های پلاستیکی یکبار مصرف میتوان از اندومتر بیوپسی گرفت. بیوپسی اندومتر برای تشخیص عملکرد تخمدان در عقامت، خونریزی های نامنظم رحمی و کارسینوم جسم رحم کمک کننده است.

هسترسکوپی

هسترسکوپ یک آله فیبرو اوپتیک بوده و به متخصص نسایی مشاهده حفره رحم را فراهم می‌نماید. جهت مشاهده حفره رحم توسط هسترسکوپ باید حفره رحم با مایع معمولاً سالین یا گلایسین و یا گاز کاربن دای اکسید متسع شود. این عملیه تحت انستیزی عمومی یا موضعی صورت می‌گیرد. برای انجام عملیه نوک هسترسکوپ بالای فوهه داخلی عنق قرار داده شده و سپس آنرا به آرامی تحت دید مستقیم به جلو فشار می‌دهیم.

موارد استفاده از هسترسکوپ شامل ارزیابی خونریزی غیر طبیعی رحمی، از بین بردن چسپندگی های داخل رحم، خارج کردن پولیپ ها و میوم های زیر مخاطی و نمونه گیری از اندومتر می‌باشد.

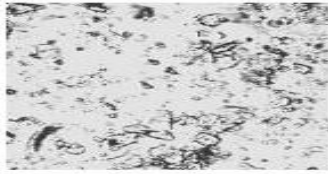
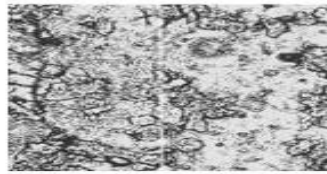
شکست در انجام هسترسکوپی می تواند در اثر تنگی عنق، اتساع ناکافی حفره رحم، خونریزی یا ترشح بیش از حد مخاط باشد.

عوارض هستروسکوپی عبارتند از: سوراخ شدگی، خونریزی، عفونت رحمی، وارد شدن مایع یا گاز بداخل عروق که بعضاً سبب هایپوناتریمی، امبولی هوا، اذیمای مغزی و حتی مرگ می‌گردد.

هستروگرافی و سونوهستروگرافی:

حفره رحم و داخل تیوب ها را می‌توان با تزریق ماده حاجب از طریق فوهه عنق ومشاهده آن توسط فلوروسکوپی و یا رادیو گرافی ساده مشخص نمود. این روش برای ارزیابی عقامت و بیماری های رحم استفاده می‌شود. با تزریق ماده حاجب بداخل رحم اگر چسپنده گی و انسداد موجود نباشد، ماده حاجب از طریق فمبریا بداخل جوف بطن می ریزدو باز بودن لوله ها را نشان می‌دهد. بااین روش می‌توان حالات غیر طبیعی رحم مانند سوءاشکال ولادی، میوم های تحت مخاطی یا پولیپ های اندومتر را تشخیص کرد.

روش جدید تر سونو هستروگرافی است که در این روش حفره رحم با مایع مثل نارمل سلین پر می‌شودو با التراسوند ساختمان حفره رحم مشخص شده، خروج مایع از لوله ها دیده می‌شود وباز بودن لوله ها و پولیپ های داخل رحمی تشخیص می شود.

تست فرن- از این تست برای بررسی تخمک گذاری استفاده می‌شود طوریکه مقداری از مخاط عنق را بالای یک سلاید خشک هموار نموده و در هوای آزاد می‌گذاریم تا خشک شود. بعداًدر زیر میکروسکوپ وجود یا عدم وجود تغیرات برگ سرخس (Frondlike pattern-) را مشاهده می‌کنیم. تغییرات ساقه برگی یابرگ سرخس نشاندهنده تاثیر استروژن بدون پروژسترون است وعدم تخمک گذاری را نشان میدهد این تغیرات در روز ۲۲ سیکل در صورتی‌که تخمه گذاری موجود باشد از بین می‌رود.

Non-fertile
Only dots and some lines appear

Transitional
Some fern patterns start to appear

Fertile
A lot of ferning patterns appear

Culdocentesis

عبارت از یک پروسه تشخیصی بوده که با وارد کردن سوزن از طریق فورنکس خلفی مهبل بداخل جوف دوگلاس است. که توسط این عملیه مایع جمع شده در جوف مذکور کشیده شده و نظر به نوع مایع بدست آمده تشخیص گذاشته می شود و مثلاً مایع خونی نشاندهنده حمل خارج رحمی، مایع چرکی دلالت به salpingitis و آبسه می نماید.

توموگرافی کامپیوتری CT scan

یک تکنیک تصویر برداری تشخیصی است که تصاویر دوبعدی را در اختیار ما قرار می‌دهد. بوصیله CT scan می‌توانیم مقاطع عرضی از تمام بدن با فواصل نزدیک به هم تهیه کنیم. در بیماری های زنان این روش در تشخیص لنف ادینو پاتی های خلف صفاقی همراه با بد خیمی ها ارزش بیشتر داشته و همچنین در تعین عمق پیشرفت کارسینوم اندومتر به داخل میومتر و خارج از آن، تشخیص آبسه های حوصلی و ترومبوفلیبیت کمک کننده است.

MRI یا تصویر برداری با رزونانس مغناطیسی

اساس این روش امواج رادیویی است که از دستگاه پخش و توسط بدن جذب می‌شود. مزیت MRI استفاده از اشعه غیر ایونیزان است که هیچ اثر سوئی بر بدن ندارد. دراین روش می‌توان انساج التهابی، سرطانی ومیتابولیزم غیر طبیعی انساج را تفریق نمود. استفاده اصلی MRI در نسائی مرحله بندی و پیگیری سرطان های حوصلی است. در ولادی برای تشخیص انومالی های جنینی استفاده می‌شود.

سونوگرافی

اولتراسونوگرافی، امواج با فریکوانس بالا را که از ساختار های اناتومیک بدن منعکس شده اند ثبت می‌کند. اولترا سونوگرافی بدو شکل بطنی و مهبلی صورت گرفته و در بخش ولادی نسائی کاربرد وسیع دارد. این روش در تشخیص اکثریت مریضی های حوصلی کمک کننده است. ازین روش برای تشخیص سقطها، مول هیداتید یفورم، محل IUD

گم شده، کتلات رحمی، کتلات ادنکس، انومالی های رحمی مثل رحم دوقرنه و رحم کوچک، کیست تخمدان و غیره استفاده می‌گردد.

التراسوند مهبلی برای تشخیص حاملگی مقدم، حاملگی خارج رحمی، کیست های تخمدان مخصوصاً در خانم های چاق وتعین سایز فولیکول کمک کننده می باشد.

سونوگرافی سه بعدی داکتر را در ارزیابی دقیق حالات طبیعی و غیر طبیعی مانند شکل و حفره رحم، کتلات حوصلی و انومالی های جنینی کمک می‌کند.

خلاصه فصل اول

- معاینات نسایی شامل اخذ تاریخچه، معاینات فزیکی، معاینات مهبلی ، معاینات مهبلی - مقعدی و اقدامات تشخیصیه می باشد.

- معاینه وجس پستان نیز جزء معینات نسایی می باشد.

در زمان معاینه مهبلی با اسپیکولوم باید از عنق رحم مواد گرفته شود(پاپ سمیر).

پاپ اسمیر در خانم های سالم از سن ۲۱سالگی شروع می شود, وهر ۲-۳ سال یکبار تکرار شود

–درخانم‌های درمعرض خطر شامل خانم‌های با شرکای جنسی متعدد، سابقه امراض مقاربتی، پاپ سمیر غیر طبیعی، زیگل تناسلی، مبتلایان HIV و خانم های که در معرض دای ایتیل استیل بسترول بصورت داخل رحمی قرار گرفته اند هر ۶ ماه یکبار باید پاپ اسمیر صورت گیرد.

– در خانم های مشکوک به سرطان از بیوپسی توسط کولپوسکوپی مخروط برداری استفاده می گردد.

– برای دانستن باز بودن لوله ها از HSG ، لپراسکوپی و هسترسکوپی استفاده می شود.

– از لپراسکوپی و هسترسکوپی بر علاوه تشخیص برای تداوی نیز استفاده می شود.

–تست فرن برای تعیین تخمگ گذاری استفاده می شودو

فصل دوم

تشوشات عادت ماهوار

امنوره

امنوره عبارت از قطع قاعدگی می‌باشد. امنوره بدو شکل است، امنوره اولیه و امنوره ثانویه.

امنوره اولیه عبارت از عدم قاعدگی در سن ۱۴ سالگی در عدم موجودیت رشد طبیعی و تکامل صفات ثانویه ای جنسی یا در سن ۱۶ سالگی همراه با رشد وتکامل صفات ثانویه ای جنسی است (فعلاً سن ۱۳ و ۱۵ سالگی)

امنوره ثانویه عبارت از عدم قاعدگی برای ۳ سیکل متوالی یا ۶ ماه متوالی در خانمی که قبلاً دارای عادت ماهانه بوده است، می‌باشد.

علل فزیولوژیک امنوره:

نوجوانی یا بلوغ: در ۱-۲ سال اول بعد از منارک ۲۰٪ دخترها سیکل های به فاصله ۲-۱۲ ماه دارند.

حاملگی و شیردهی: حاملگی شایعترین علت امنوره ثانوی است.

یائسگی: سن معمول یائسگی ۴۵-۵۵ سالگی است اما منوپوز زود رس می‌تواند در دهه چهارم زندگی نیز بروز کند.

اسباب امنوره اولیه

- Gonadal Dysgenisia

-سندروم ترنر45x o))

-موزایسم

-سندروم Sewyer (46xy)

- سندروم تخمدان مقاوم
- دیس ژنیزی خالص گوناد ها (Gonadal Dysgenesia)
- Testicular feminization syndrome
- Mulareine dysgenisia

-پرده بکارت غیر مثقوبه

-حجاب مستعرض مهبل

- اکثر علل امنوره ثانویه

اسباب امنوره ثانویه

- هیپوتلاموس

–اختلاف قد به وزن وتغذیه

–ورزش شدید

–استرس

–کرانیوفرنژیوما

- هیپوفز

– تومور های مترشحه پرولکتین

–سندروم Empty sella

– سندروم شیهان

-تومور های مترشحه ACTH

- تخمدان

-نارسائی زود رس تخمدان

-تخمدان پولی کیستیک

- رحم

– سندروم اشرمن

- سایر علل

هیپر پلازی دیر رس ادرنال، هیپو یا هیپر تیروئیدی، تومور های تخمدان

اختلالات رحم و مجاری خارجی

Mullarian Agenesis: این انومالی با فقدان ناقص یا کامل رحم و مهبل مشخص می‌شود و از خصوصیات آن سالم بودن تخمدان ها وعدم وجود اختلال اندوکرین می‌باشد. مهمترین شکل آن سندروم Mayer Rokitonski Housar است که در آن رحم وجود ندارد یا یک رحم کوچک و غیر وظیفوی وجود دارد و یا عنق رحم و ۲/۳ علوی مهبل وجود ندارد. برعلاوه در این سندروم اختلالات کلیوی، اسکلیتی و فتق مغبنی نیز دیده می شود.

Male Pseudohermaphrodism: یک اختلال فنوتیپی بوده که این مریضان در ظاهر زن ولی کاریوتیپ مردانه (XY ۴۶)دارندعلت آن عدم وجود و یا عدم حساسیت آخذه های اندروژنی و یا کمبود سنتز اندروژن می باشد.

در هرمافرودیت حقیقی گناد مذکر و مونث هردو در مریض وجود دارد و مریض دارای ژینوتیپ XX وXY می‌باشد. در شکل XX دو سوم آن‌ها عادت ماهوار می‌شوند.

۱– سندروم مقاوم به اندروژن: مهمترین شکل آن Testicular feminization است که دارای کاریوتیپ XY ۴۶ و جهاز تناسلی خارجی زنانه یا مبهم وثدیه ها اندازه طبیعی دارند. این سندروم اختلال ژنتیکی مربوط به کروموزوم X بوده که در آن ژن گیرنده تستوسترون روی کروموزوم X وجود ندارد. ۵۰٪ این مریضان دارای فتق مغبنی اند که بیضه در آن قرار دارد.

در این مریضان خطر بروز سرطان‌های غدد جنسی وجود دارد بناً باید بعد از بلوغ خصیه‌ها برداشته شود و به مریض هورمون تراپی برای جلوگیری از استوپوروز صورت گیرد.

۲- کمبود انزایم ۵الفارودکتاز: این مریضان دارای کریوتیپ XY ۴۶ و خصوصیات مردانه بعد از بلوغ بوده اما پستان ها رشد نکرده ومقدار LH طبیعی است.

۳- اختلال سنتز اندروژن: مهمترین نوع آن کمبود ۱۷ الفا هیدروکسیلاز است که ارثی بوده و مریض دارای دستگاه تناسلی و خصوصیات جنسی زنانه می‌باشد. واختلال هورمون های قشر ادرنال نیز در آن‌ها دیده میشود. این مریضان می‌توانند دارای کریوتیپ مردانه یا زنانه باشند. اگر دارای کریوتیپ مردانه باشند رحم ندارند.

پرده بکارت غیر مثقوبه و حجاب عرضی مهبل

از انومالی‌های مولرین بوده که عموما در زمان بلوغ علامت دار می‌شود. در این انومالی از اثر تجمع خون در پشت پرده بکارت ابتداء Hematocolpos، بعدا Hematometra وHematosalpinx و در اخیر Hematopretonium ایجاد می شود. در نزد مریض دردهای متناوب ماهانه حوصلی و سفلی بطن، کتله در حوصله ودر بطن و برامدگی ناحیه عجان و وستیبول ایجاد می‌شود. در معاینه پرده بکارت شاید کبود رنگ باشد. تداوی آن برش بالای پرده بکارت یا بالای سپتوم مهبل می‌باشد.

سپتوم های عرضی مهبل ۴۶ در صد در ۱/۳ علوی و ۴۰ در صد در ۱/۳ سفلی مهبل قرار دارد و اعراض و علایم همانند پرده بکارت غیر مثقوبه دارد.

سندروم اشرمن: عبارت از چسپندگی‌های ناقص یا کامل داخل رحم است که سبب امنوره، هیپومنوره، سقط، نازایی و دیسمنوره می‌شود. عمده ترین علت ان توسع و کورتاژ در قدم اول و در قدم دوم توبرکلوز می‌باشد. تشخیص مریضی توسط سلپنگوگرافی و هسترسکوپی صورت می‌گیرد.

نارسایی تخمدان:

شایعترین علت امنوره بوده که در این مریضان افزایش FSHو LH و کاهش استروژن موجود می‌باشد. مثال های نارسایی تخمدان عبارتند از:

Gonadal Dysgenesia: عمده ترین علت امنوره ابتدایی است که متصف به فقدان صفات جنسی ثانویه، جهاز تناسلی خارجی طبیعی اما به حالت طفولیت وگوناد های خطی و فاقد ژرم سل وقد کوتاه می‌باشد.

سندروم ترنر: **۴۵X** یک شکل شایع دیس ژنیزی گونادها بوده و مریضان دارای قد کوتاه، فقدان صفات جنسی ثانویه، امنوره، web neck، صدر پهن وغیره می‌باشند. اشکال خاص ترنر سندروم مثل موزایسم ۴۵x/۴۶xy است که شاید مریض فنوتیپ طبیعی داشته وحتی عادت ماهوار و حامله نیز شود و اما دچار عدم کفایه زود رس تخمدان می‌شود.

Swyers Syndrome (46xy): یک اختلال ارثی وابسته به X با فینوتیپ طبیعی زنانه (دستگاه ژنیتال طبیعی)، امنوره، فقدان خصوصیات جنسی ثانویه و رشد طبیعی می‌باشد.

Pure gonadal Dysgenisia: با فنوتیپ زنانه وجهاز تناسلی کودکانه، امنوره اولیه، قد طبیعی و بدون اختلال کروموزومی مشخص می‌شود بعضا نزد مریض خونریزی رحمی نیز دیده می‌شود.

عدم کفایه زود رس تخمدان(**Premature ovarian Failure**): منوپوز زود رس به حالتی گفته می‌شود که خانم قبل از ۴۰ سالگی به منپوز رفته و در آن گونادو تروپین ها بالا و استروژن پائین است. بعضی از این مریضان دوباره شروع به قاعدگی کرده وحتی حامله می‌شوند.

برخی از مریضی‌های ایمینی نیز ممکن باعث التهاب تخمدان و نارسایی آن شود

سندروم تخمدان مقاوم: بنام savage سندروم نیز یاد شده در آن سطح FSH و LH بالا است و نسج تخمدان طبیعی می‌باشد. این مریضی با عدم افزایش استروژن بعد از تجویز مقادیر زیاد گونادوتروپین مشخص می شود.

سندروم تخمدان پولی کیستیک: گرچه این سندروم اکثر منجر به خونریزی غیرمنظم می‌شود اما یکی از علل شایع امنوره نیز می‌باشد. این سندروم با هیپراندروژنیسم، چاقی، اولیگومنوره، هیرسوتیزم و نازایی مشخص می‌شود. در نزد بعضی مریضان Acanthosis nigricans نیز وجود دارد. در معاینات لابراتواری سطح اندروژن‌ها، LH و استروژن (E2) بالا بوده و سطح FSH، FSH/LH و SHBG پائین است. در معاینه سونوگرافی تخمدان ها دارای فولیکول‌های متعدد و کوچک در محیط بوده که بنام گردنبند مروارید سیاه یاد می‌شود. نزد این مریضان مقاومت به انسولین نیز دیده می شود

اختلالات هیپوفیز:

هیپر پرولکتینیمی سبب امنوره و گلکتوره شده و علت آن ادنوم هیپوفیز می‌باشد. در صورت بزرگ بودن تومور سردردی و اختلال دید نیز وجود دارد برخی از دواها مثل ادویه سایکومیمیتیک نیز سبب افزایش پرولکتین سیروم می‌شوند که با قطع دوا بر طرف می‌گردد. هیپوتیروئیدی نیز از طریق افزایش TRH و تاثیر آن بالای حجرات لکتوتروفیک موجب افزایش پرولکتین می شود. برای تشخیص اندازه گیری پرولکتین باید در حالت ناشتا صورت گیرد.

سندروم شیهان: این سندروم فعلا در اثر منجمنت درست صفحه سوم ولادت نادر است. اما از سبب خونریزی های شدید بعد از ولادت نکروز غده نخامیه ایجاد شده ونزد مریض Panhypopituitarism بوجود آمده ترشح شیر قطع شده ونزد مریض امنوره ثانوی ایجاد می شود.

اختلالات هیپوتلاموس: یک علت اساسی hypogonadotropic و امنوره ثانویه بوده و اکثراً در اثر استرس در خانم های آواره ومهاجر، محصلین و یا آنانی که ترک خانه کرده اند و دیگر استرس ها ایجاد می شود. دراین شکل امنوره زمانی تداوی نزد مریض شروع می شود که خواستار حاملگی باشد.

کاهش آنی وزن (بیشتر از ۱۰ کیلوگرام) نیز با امنوره همراه است و بیشتر در خانم های چاقی که برای کاهش وزن خود را گرسنگی شدید می دهند دیده می شود. همچنین در ورزش کاران مخصوصاً خانم های که برای مسابقات تمرینات شدید می کنند نیز امنوره ثانوی ایجاد می شود.

Anorexia nervosa : بی اشتهایی عصبی سبب امنوره اولیه یا ثانویه از سبب نهی هیپوتلاموس می شود.

این مریضان دارای BMI <17kg/m^2 بوده وبه علت پائین بودن سطح استروژن نزد آن ها osteoporosis بوجود می آید. تداوی این مریضان افزایش وزن و سایکوتراپی است.

Kallman Syndrome: اختلال ژنیتیکی وابسطه به Xبوده که در مریضان امکان تولید GnRH وحجرات بویایی وجود ندارد. نزد مریض امنوره و اختلال بویایی وجود دارد. این مریضان به گونادوتروپین ها جواب داده و امکان تخمه گذاری و حاملگی نزد شان وجود دارد.

بررسی مریضان با امنوره

استجواب

۱–سابقه امراض مثل توبرکلوز، mumps و التهابات

۲– گرفتن ادویه جات

۳– افزایش وزن و یا کاهش شدید وزن

معاینات فزیکی

۱ (قد و وزن؛

۲ (علایم هرسوتیزم؛

۳ (معاینه غده درقیه؛

۴ (ثدیه ها از نظر گلکتوره؛

۵ (جهاز تناسلی خارجی از نظر رشد وانکشاف خواص ثانویه جنسی؛

۶)معاینه بطنی از نطر موجودیت کتلات بطنی؛

۷) معاینه مهبلی بخاطر پرده بکارت غیر مثقوبه و یا حجاب مهبلی؛

۸) معاینات لابراتواری: تعین سویه FSH , LH, TSH, Prolactine , TB و استروئید های ادرنال؛

۹) معاینات کروموزومی برای تشخیص سندروم ترنر و غیره. . ؛

۱۰) سونوگرافی برای تشخیص اندازه رحم تخمدان ها و سندروم تخمدان پولی کیستیک؛

۱۱) هسترسکوپی برای اشرمن سندروم؛

۱۲) لپراسکوپی؛

تداوی

تداوی اختلالات اناتومیکی:

پرده بکارت غیر مثقوبه: تداوی آن ایجاد برش صلیبی برای باز کردن مهبل است.

سپتوم عرضی مهبل: باید سپتوم توسط عملیه جراحی برداشته شود واز متسع کننده های Frank تا بهبودی کامل مهبل جهت اتساع و جلوگیری از چسپندگی ها استفاده شود.

هیپوپلازی یا عدم تشکل عنق: تداوی آن مشکل بوده. جراحی برای ترمیم عنق موفقیت امیز نبوده و نزد این مریضان باید هسترکتومی صورت گیرد.

فقدان یا کوتاهی مهبل: باید از عملیات های اتساع مهبل استفاده شود.

Testicular Feminization: در این مریضان باید بعد از تکمیل بلوغ خصیه ها برداشته شود.

سندروم اشرمن: باید چسپندگی ها توسط قیچی یا الکتروکوتر توسط هسترسکوپ برداشته شود. کتیتر فولی اطفال باید داخل حفره رحمی برای ۷-۱۰ روز جهت جلوگیری از التصاقات گذاشته شود. انتی بیوتیک تطبیق شده و استروژن برای دوماه به مریض تجویز شود.

تداوی امنوره بدلیل نارسایی تخمدان و هیپوگونادیزم

تداوی این مریضان با دوز ۰/۶۲۵-۰/۳ ملی گرام استروزن کانژوگه و یا یک ملی گرام استرادیول روزانه آغاز می‌شود. در مریضان که قد کوتاه دارند از دوز های بالای استروژن نباید استفاده شود چون سبب بسته شدن زود رس اپی فیزها می‌شود. در مریضانی که رحم دارند علاوه به استروژن از پروجسترون نیز به دوز ۵-۱۰ ملی گرام مخصوصا از مدروکسی پروجسترون اسیتات به مدت ۱۲-۱۴ روز هر یک یا دوماه یکبار استفاده می‌شود.

بعضی اوقات مریضان دارای تخمدان های خطی وموزایسم پس از درمان توسط استروژن شاید تخمه گذاری کنند و حامله شوند.

– در مریضان کمبود ۱۷ الفا هیدروکسیلاز بر علاوه استروژن کورتیکوستروئید ها هم تطبیق می‌گردد.

مریضان با مشکل هیپوتلاموس وهیپوفیز

– پرولکتینوماها را می‌توان توسط اگونیست های دوپامین Bromocryptine و Caberguline تداوی نموده و کرانیوفرانژیوما از طریق اسفنوئید یا کرانیوتومی بسته ، برداشته می‌شود.

– درمان اختصاصی جهت سوءتغذیه، سوءجذب، بی اشتهایی عصبی و امنوره ناشی از ورزش و بیماری‌های مزمن انجام می‌گیرد.

– مریضان مبتلا به سندروم کالمن توسط استروژن درمان می‌شوند.

–تداوی مریضان مبتلا به PCOD در فصل مربوطه آن توضیح داده می شود

Dysmenorrhea

عبارت از بروز درد در زمان عادت ماهوار بوده و در حدود ۵۰–۷۰ فیصد زنان در طول دوران باروری زمانی آنرا تجربه می کنند. دیسمنوره بدو شکل اولیه و ثانویه می‌باشد.

Dysmenorrhea اولیه:

بصورت عموم ۶–۱۲ ماه بعد از منارک شروع می‌شود چون از همین مدت سیکل های با تخمک گذاری شروع می‌شود. پس دیسمنوره اولیه در سیکل های با تخمک گذاری ایجاد می‌شود. دیسمنوره اولیه را دیسمنوره سپزمودیک نیز می‌نامند.

علت دیسمنوره اولیه کاهش پروجسترون در مراحل اخیر فاز لوتئال می‌باشد که سبب آزاد شدن فاسفولیپاز A2 و ارشیدونیک اسید شده و در نتیجه سبب‌افزایش پروستاگلاندین های f2α و E2 می‌شود. همچنین Vasopressin نیز سبب افزایش تقلص رحمی ودرد های اسکیمیک از سبب Vasoconstraction می‌گردد.

دیسمنوره اولیه دارای خصوصیات زیر می‌باشد:

– درد چند ساعت قبل یا با شروع عادت ماهوار شروع شده و ۲–۳ روز دوام می‌کند.

– درد وصف کولیکی داشته و در قسمت فوق عانه و بعضاً در پهلو ها و ران ها انتشار می‌کند.

– ممکن دلبدی و استفراغ، بی اشتهایی، اسهال و سر درد وجود داشته باشد.

– معمولا بعد از ولادت مهبلی و با افزایش سن درد تخفیف می‌یابد.

تداوی دیسمنوره اولیه

– NASAIDs ها نهی کننده‌های پروستاگلاندین بوده ومیتوان از ترکیبات زیر استفاده نمود:

- Mefenamic Acid250-500mg/qid
- Tab Ibuprofen200- 600mg/tds
- Tab Naproxen 500mg once then 250mg/tds

– در صورت عدم پاسخ به ادویه فوق از contraceptive های ترکیبی بمدت ۳–۶ ماه استفاده می شود.

– در صورت عدم پاسخ با رژیم فوق کدئین علاوه گردد.

Dysmenorrhea ثانویه

این نوع دیسمنوره ناشی از یک پتالوژی حوصلی می باشد و عموماً بعد از سن ۲۰ سالگی شروع می شود. درد در این نوع دیسمنوره قبل از خونریزی شروع شده و شاید تا ختم عادت ماهوار دوام کند.

اسباب دیسمنوره ثانوی عبارت اند از:

–Endometriosis

–Adenomyosis

–Fibroid

–Pelvic Inflammatory Diseas

–Uterine anomalies

–Cervix stenosis

- IUCD

میکانیزم درد در دیسمنوره ثانوی از سبب احتقان حوصلی بوده که در زمان قبل از عادت ماهوار افزایش می‌یابد و با ایجاد خونریزی از شدت آن به نسبت کاهش احتقان حوصلی کاسته می شود.

تداوی دیسمنوره ثانوی

در دیسمنوره ثانوی تداوی ارتباط به علت پتالوژیک آن دارد واز نهی کننده های پروستاگلاندین نیز برای کاهش درد استفاده می‌شود. در صورت عدم پاسخ به تداوی دوایی، تداوی جراحی مثل Presacral neurectomy و یا Hystrectomy صورت می‌گیرد.

دیسمنوره غشایی

این نوع دیسمنوره نادر بوده ودرد در اثر خروج یکجایی محتویات حفره رحمی از یک Cervix غیر متسع ایجاد می‌شود.

Premenstrual Syndrome (PMS)

به مجموعه ای از علایم نا خوشایند فزیکی، روحی و روانی که در نیمه دوم سیکل قاعده گی بصورت تکرار شونده ایجاد می شود سندروم قبل از قاعدگی گفته می‌شود. این تغییرات در ۲۰-۴۰ ٪ زنان موجود بوده اما در ۵-۱۰ فیصد خانم ها به اندازه ای شدید است که فعالیت های شخصی و خانواده گی شانرا مختل می‌سازد.

پتوژنیز

اتیولوژی PMS هنوز ناشناخته است. بنظر می‌رسد که عوامل مختلف شامل عوامل سایکولوژیک و اندوکرین در ایجا آن دخیل است. تئوری های مختلف در زمینه ایجاد آن وجود دارد که عبارتند از:

- کاهش اندروفین (در فاز لوتئال اندروفین ها کم می شود)

- کاهش سیروتونین (استروژن و پروجسترون فعالیت سروتونین و گاما امینوبیوتریک اسید را در مغز تحت تاثیر قرار می‌دهد)

– تغییرات هورمونی بوجود آمده درسیکل قاعده گی پایه اصلی تمام این نظریه ها است زیرا PMS تنها در سیکل های با تخمک گذاری بوجود می‌آید و در زنانی که تخمک گذاری ندارند (کشیدن تخمدان ها، یاسگی) دیده نمی‌شود.

اعراض و علایم

– انتفاخ بطن

Breast tenderness –

- سردردی

Irritability–

Aggression–

Anxity–

Lethargy–

Insomnia–

Food craving or over eating–

Crying–

تشخیص: برای تشخیص PMS باید سه معیار زیر موجود باشد.

۱– علایم حد اقل باید در دوسیکل قاعده گی در فاز لوتئال موجود باشند.

۲– خانم در دوره فولیکولر باید فاقد علایم باشد (حد اقل ۷ روز در هر سیکل).

۳– علایم باید به حدی شدید باشد که احتیاج به درمان داشته باشد.

برای تشخیص باید بعضی امراض که علایم PMS را تقلید می کند مثل انیمی و امراض تیروئید رد گردد.

به مریض آموزش می دهیم که علایم خود را بصورت یک گراف ماهانه رسم کند. برای تشخیص PMS مریض باید حد اقل یک علامت خلقی (افسردگی، حملات خشم، زود رنجی، اضطراب، گوشه گیری)ویک علامت جسمی یا فزیکی (تندرنس پستان، نفخ شکم، سردرد و تورم اندام ها) را برای ما گزارش دهد. این علایم باید در طی ۵ روز قبل از قاعدگی و برای سه سیکل قاعده گی پی در پی وجود داشته باشد و تا ۴ روز از شروع قاعدگی علایم بهبود یافته و تا روز ۱۳ سیکل باید ظاهر نشود.

تداوی

۱–آموزش و آگاهی– شناخت مریضی توسط مریض، همسر و اعضای خانواده مهم است زیرا این مریضی اکثر سبب نارضایتی و مجادلات زوجین می‌شود.

۲–رژیم غذایی– کاهش چربی خصوصا چربی حیوانی، مواد شیرین حاوی گلوکوز خالص، گوشت سرخی، چاکلیت، نمک و نوشابه های الکولی در فاز لوتئال و در عوض افزایش کاربوهیدریت ها، غذا های دریایی، سبزیجات و میوه جات.

تجویز کلسیم به مقدار ۱۰۰۰ ملی گرام در روز در کاهش شدت علایم فزیکی و روحی و ویتامین B6 به مقدار ۵۰–۱۰۰ ملی گرام در روز در کاهش افسردگی، خستگی و تحریک پذیری موثر بوده است.

۳– ورزش –فعالیت های ورزیشی چون شنا، پیاده روی، بایسکل سواری به مدت نیم ساعت حد اقل ۴ روز در هفته در کاهش علایم روحی روانی موثر اند.

۴–درمان سایکولوژیک–با استفاده از تگنیک های تسکن اعصاب تا حدی موثر خواهد بود.

۵– تداوی دوایی

الف– در صورت بارز بودن درد عضلاتی، درد بطن، سردرد وغیره از NSAIDS ها مثل Naproxine به مقدار ۵۰–۵۰۰ ملی گرام روزانه و یا Mefenamic acid به مقدار ۲۵۰–۵۰۰ ملی گرام روزانه استفاده می‌شود.

ب– spironolactone در صورت افزایش وزن و نفخ بطن به مقدار ۲۵–۵۰ ملی گرام چهار بار در روز توصیه می‌گردد.

ج- در صورت درد و احتقان پستان از Bromocriptine به مقدار ۱/۲۵ – ۷/۵ ملی گرام روزانه از روز ۱۰-۲۶ عادت ماهوار؛

د- در صورت بارز بودن علایم عصبی از رژیم های زیر استفاده می‌شود:

Tab Alprazolam o. 25 mg /day from day – 16-28 of cycle

Tab Nortriptyline 25-125 mg /day

Tab Fluoxitine 20 mg /day

ذ- GnRh Agonist: در صورت عدم پاسخ به ادویه فوق از این ادویه استفاده می‌شود (goserelin, Boserelin,Leuprolid) .

ر- استروژن و پروژسترون؛

ز- دانازول؛

ی- تداوی جراحی که عبارت از برداشتن تخمدان ها می باشددر سنین ۳۰- ۴۰ سالگی؛

خلاصه فصل دوم

-تشوشات عادت ماهوار شامل امنور، دیسمنوره و PMS می باشد.

- امنوره عبارت از قطع عادت ماهوار است که بدو شکل اولیه و ثانویه است.

-علل فزیولوژیک امنوره عبارت از نوجوانی، حاملگی ، شیر دهی و یائسگی می باشد.

–اسباب امنوره دیسجنیزی گوناد ها، دیسجنیزی مولارین و آفات تخمدان ها، رحم، هیپوفیز، هیپوتلاموس و غیره مـی باشد. تداوی مریضی نظر به علل آن صورت میگیرد.

– دیسمنوره عبارت از درد هنگام عادت ماهوار است که بدو شکل اولیه . ثانویه می باشد.

– علت دیسمنوره اولیه کاهش پروجسترون در اواخر فاز لوتئال و از شکل ثانویه احتقان حوصلی می باشد.

– دیسمنوره اولیه در خانم های با تخمک گذاری دیده می شود و اکثر بعد از ولادت یا افزایش سن کاهش مـی یابـد.و تداوی آن با ادویه مسکن می باشد.

– دیسمنوره ثانویه در اثر پتالوژی حوصلی ایجاد می شود و تداوی آن عبارت از بین بردن علت آن است.

– PMS عبارت از مجموعه تغییرات خلقی است که در فاز لوتئیال ایجاد میشود. تشخیص آن زمانی گذاشته مـی شـود که در سه سیکل متوالی موجود باشد.

– تداوی PMS عبارت از رژیم غذایی، ورزش، تداوی سایکولوژیک، مفانامیک اسید، البرازولم، ودر صورت عدم پاسـخ تداوی جراحی است.

فصل سوم

فیبروم رحمی

فیبروم یا Leiomyoma یا Fibromyoma بنام Fibrolyomyoma رحم نیز یاد می‌شود عبارت از یک تومور سلیم رحم بوده که از طبقه عضلی رحم و انساج Connective رحمی منشا می‌گیرد فیبروم یک تومور معمول رحم است که در سنین متوسط و اخیر توالد دیده می‌شود در حالیکه فیبروم‌ها بدون اعراض اند اما می‌توانند رشد کنند و عادت ماهوار شدید و دردناک را بوجود آورند. فیبروم‌ها می‌توانند سبب مقاربت دردناک و فریکونسی در ادراد نیز شوند.

فیبروم رحمی یکی از استطبابات بزرگ hysterectomy در امریکا است. فیبروم‌ها اکثراً متعدد اند و رحم با تعداد زیاد فیبروم را بنام رحم leimyomatus یاد می‌کنند.

شیوع

در حدود ۲۰–۴۰ فیصد خانم‌ها فیبروم بخوبی تشخیص می‌شود در سیاه پوستان دو برابر سفید پوستان است موجودیت رسپتور های استروجن سبب می‌شود که این خانم ها در مقابل estrogen stimulation در سال های Reproductive حیات خود جواب دهند در زمان بعد از menopause چون زمان Hypoestrogenic است، فیبروم ها کوچک می شوند یا انقباض می‌کنند. لیومایوم در خانم های چاق معمولتر اند (معند بودن استروجن).

پتولوژی و هستولوژی

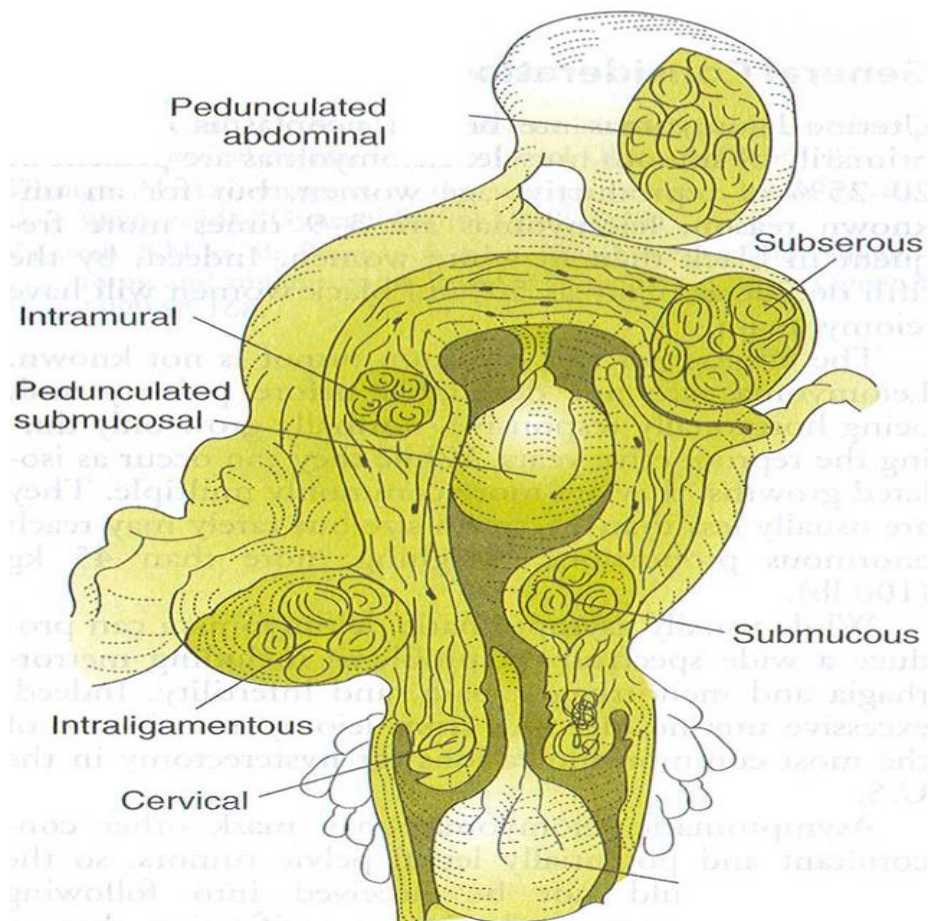
از نظر gross کتلات منظم , بدون کپسول , نرم, رنگ سفید یا نخودی بوده سایز آن از اندازه میکروسکوپیک تا اندازه‌های خیلی بزرگ متفاوت می‌باشد.

از نظر هستولوژی و میکروسکوپیک از حجرات نورمال بزرگ شده بشکل spindle با هسته های eager shaped بوده که بندل هارا ساخته و به جهات مختلف قرار دارند.

در گذشته چنین نظریه موجود بود که برای ایجاد فیبروم استروجن حتمی است مگر در مطالعات جدید گفته شده که امکان دارد پروجسترون نیز در تولید فیبروم رول داشته باشد درین اواخر استفاده از Agonist های پروجسترون در تداوی آن در نظر گرفته شده است.

موقعیت

موقعیت و رشد فیبروم‌ها فکتور مهم بوده که نشاندهنده اعراض و پرابلم‌های ایجاد شده در آن می‌باشد، یک کتله کوچک اگر در جوف رحم باشد اعراض تولید نموده در حالیکه یک کتله بزرگ که در قسمت خارجی رحم باشد هیچ اعراض شاید تولید نکند. موقعیت های مختلف فیبروم ها قرار زیر اند:

- **Intramural:** در جدار رحم قرار داشته و شکل معمول آن بوده و تا بسیار بزرگ نشود اعراض ندارد. ابتدا بشکل یک کتله کوچک شروع شده و آهسته آهسته بزرگ شده و سبب بزرگ شدن رحم و elongation جوف رحم می‌شود.
- **Subserosal:** که در تحت پریتوان یا طبقه سیروز رحم قرار داشته بعضا خیلی بزرگ شده و بعضا فیبروم های سویق دار یا Pedunculat را می‌سازند و می‌توانند از رحم جدا شده و تومورهای Parasitic را بسازند.
- **Sub mucosal:** در عضله رحمی در قسمت تحت مخاط یا اندومتر رحمی قرار داشته و جوف رحم را بزرگ و وسیع می‌سازد حتی یک کتله کوچک در ین موقعیت سبب خونریزی و عقامت می‌شود. شکل زنب دار آن بنام intracavitary یاد شده و می‌تواند از عنق رحم خارج شود.
- **Cervical:** در عنق رحم قرارد دارد
- نادراً فیبروم در اربطه رحم مانند Uterosacral ligament Round ligament, Bround , ligament نیز بوجود می آید.
- فیبروم واحد یا متعدد بوده اکثراً موقعیت Intramular (در طبقه عضلی رحم) داشته و بعضاً بداخل یا خارج رحم انکشاف و رشد می نماید.

تصویر ۱–۳ موقعیت های مختلف فیبروم رحمی

تغیرات ثانوی که با فیبروم انکشاف میکند عبارتند از:

۱. خونریزی

۲. نکروز یا Red degeneration

۳. Calcification

۴. تغیرات cystic

5– تغییرات سارکوماتوز

دیجینریشن سرخ فیبروم بیشتر در زمان حاملگی ایجاد می‌شود، همچنین در زمان منوپوز و شیر دهی می تواند ایجاد شود. میوم حساس و دردناک شده و سبب درد بطنی وتب نزد مریض می‌شود. تومور سرخ مایل به بنفش شده و بوی

ماهی می‌دهد. و در اوعیه کپسول آن ترومبوز دیده می‌شود. تداوی آن در زمان حمل انتظاری بوده و بعد از ولادت جراحی صورت می گیرد.

اعراض

اعراض مربوط موقعیت و سایز فیبروم می‌باشد اعراض مهم آن عبارتند از:

- خونریزی غیر نارمل
- پریود های شدید و دردناک
- تغوط دردناک
- ناراحتی بطنی
- بزرگ شدن بطن
- درد کمر
- فریکونسی ادرار
- احتباس ادرار
- در بعضی واقعات عقامت
- مقاربت دردناک نظر به موقعیت تومور

در زمان حاملگی سبب عوارض ذیل میشود:

- سقط
- خونریزی بعد از ولادت
- ولادت های قبل المعیاد
- مداخله در وضعیت طفل
- انفصال پلاسنتا
- افزایش میزان سزارین

دو عامل عمده در تعیین موربیدیتی اندازه و محل فیبروم است. میزان مجاورت با محل لانه گزینی پلاسنتا اهمیت زیادی دارد.

درسه ماه اول میوم هایا بدون تغیر مانده یا اندازه آن افزایش می یابد اماانداره میوم های بزرگ در سه ماه سوم کوچکتر می‌شود.

فیبروم های کوچک بعضاً اعراض ندارند , ندرتاً در ۱/۱۰۰۰ واقعه شاید فیبروم به کانسر تحول کند که عبارت از سارکوما می‌باشد. اما گفته شده که فیبروم خطر سرطان را بلند نمی برد و هم داشتن فیبروم چانس سرطان های دیگر را در رحم زیاد نمی‌کند در حالیکه فیبروم‌ها معمول اند اما واقعا سبب نازائی نیستند در ۳٪ واقعات علت نازائی معلوم نیست اما فیبروم‌ها به علت مداخله در وظیفه طبقات رحم از یکطرف و از طرف دیگر تخمه القا شده توانائی غرس را در چنین اندومتری ندارد و هم فیبروم‌های بزرگ از سبب فشار بالای تیوب ها شاید سبب بندش تیوب‌ها و سبب نازایی شوند.

تشخیص

فیبروم‌های بزرگ رحم با معاینه Bimanual تشخیص می‌شوند , سونوگرافی وسیله دیگر تشخیصیه فیبروم است در سونوگرافی فیبروم‌ها به شکل یک کتله با ترکیب Heterogeneous دیده می‌شوند که یک shadow تولید می‌کند و هم موقعیت و اندازه آن می‌تواند تعین شود. همچنان برای تشخیص از MRI نیز می‌توان استفاده کرد. با تصویر برداری نمی‌توان بین آفت سلیم و خبیث فرق گذاشت گرچه آفت خبیث نادر است اما رشد سریع و یا رشد غیر قابل انتظار مثلاً بزرگ شدن تومور در زمان menopause حدس خباثت تومور را بیشتر می‌کند. بیوپسی نادراً ترجیع داده می‌شود.

تکنیک‌های دیگر تشخیص عبارت از hystero salpingo graphy و sono hystro graphy می‌باشد.

تداوی

موجودیت فیبروم دلیل این نیست که باید حتماً تداوی صورت گیرد. تداوی انتظاری نظر به اعراض و حالت مریض صورت گرفته و بصورت دور ه ئی با سونوگرافی ارزیابی می‌گردند. بعد از مینوپوز فیبروئیدها اتروفی نموده و نادر است که سبب پرابلم شوند. فیبروم‌های که اعراض دارند چنین کنترول می‌شوند.

Surgery

کشیدن فیبروم رحم بعضاً بجای هسترکتومی اجرا می‌شود بعضاً هسترکتومی و بعضاً مایومکتومی صورت می‌گیرد. امکان دارد در جریان مایومکتومی چندین فیبروم کشیده شود البته کشیدن فیبروم چانس دوباره بوجود آمدن فیبروم را وقایه نمی‌کند.

استطبابات میومکتومی عبارتند از:

- سن کمتر از ۴۰ سال
- نازایی
- خواهش اولاد
- خانمی که می‌خواهد رحم آن حفظ شود

سه شکل مایومکتومی وجود دارد:

۱. **Hystrescopic:** که توسط هسترسکوپ فیبروم‌های که اندازه کوچک دارند و submucosal اند کشیده می‌شود از انستیزی موضعی یا عمومی استفاده شده، اندازه‌های کمتر از ۵ سانتی متر به این طریق کشیده می‌شود.

۲. **Laprascopic:** این عملیه توسط ایجاد جرحه کوچک نزدیک سره صورت گرفته و توسط وسایل مخصوص فیبروم های Subserosal و Intramular کشیده می‌شود. این عملیه در خانم های که نمی‌خواهند

هسترکتومی کنند و یا اولاد می‌خواهند صورت می‌گیرد. این عملیه در فیبروم‌های بین ۳–۱۰ سانتی متر اجرا می‌گردد. در دوطریقه فوق خطر وفیات کمتر است و عملیه سریعتر انجام می‌شود.

۳. **Lapratomy:** درین عملیه بطن باز شده و فیبروم کشیده می‌شود.

خانم های که نزد شان میومکتومی انجام شده اگر حامله شوند باید CS نزد شان صورت گیرد بهبودی بعد از میومکتومی ۴ -۶ هفته را در بر می‌گیرد.

هسترکتومی

هسترکتومی در خانم های بالاتر از ۴۰ سال، مولتی پارا، رشد سریع فیبروم به دلیل خطر malegnancy، خونریزی غیر قابل کنترول استطباب دارد. همچنین مشکلات در جریان میومکتومی نیز ایجاب هسترکتومی را می‌کند.

Uterine Artery Embolisation: از تکینیک مداخلات رادیولوژیک استفاده شده که از طریق شریان فیمورال یک کتتر کوچک به قطر یک میلی متر داخل شریان فیمورال شده تحت انستیزی مو ضعی و زیر التراسوند به شریان‌های رحمی دو طرفه رسیده و به اندازه ۵۰۰ مایکرو متر Particle های کوچک را داخل شریان های رحمی نموده و به این طریق اروا فیبروم خراب شده و فیبروم‌ها کوچک می‌شوند. از جمله اختلاطات این روش مرگ، انتان، درد و عدم موفقیت روش است.

Radio Frequency Ablation: از جمله روش های جدید بوده که یک سوزن بخصوص داخل فیبروم گردیده و توسط حرارت برقی گرم می‌شود وبا این عملیه فیبروم‌ها کوچک می‌گردند.

تداوی دوائی

Gn RH به شکل تداوی کوتاه مدت برای ۳–۶ ماه به منظور کوچک کردن سایز فیبروم و آماده کردن مریض به میومکتومی استفاده می‌شود. تداوی دوامدار آن سبب عدم کفایه استروجن و osteoporosis می‌گردد.

انتاگونیست های پروجسترون نیز به منظور کوچک کردن سایز تومور استفاده می‌شود و هم از نهی کننده های ارومااتاز به این منظور استفاده می‌شود. بعضی ادویه به منظور بر طرف کردن اعراض فیبروم استفاده می‌شود مثل COC که بالای سایز فیبروم تاثیر ندارد. انیمی توسط آهن ,درد و Dysmenorrhea توسط NSAID ها تداوی می‌شوند.

High Intensity Focused Ultrasound: تداوی جدید و non invasive بوده که از موجه های قوی الترا سوند برای تخریب نسج فیبروم یکجا با MRI استفاده می‌شود. MRI تداوی را رهنمائی و مونیتور می‌کند.

خلاصه فصل سوم

فیبروم ازجمله تومور های سلیم رحم است که از عضله و نسج conective رحم منشاء میگیرد. علت ایجاد آن استروژن است و در سنین توالد و تناسل بیشتر دیده می شود ودر زمان منوپوز چون استروژن کم است فیبروم اتروفی می کند.از نظر تعداد می تواند یک یا چندین عدد باشد و از نظر موقیعت Intramural، Subserosal، Sub_mucosal و در عنق رحم وندرتاً در بین اربطه رحمی ایجاد می شود.

عمده ترین عرض فیبروم خونریزی رحمی و دیسمنوره است . این تومور ها بندرت سبب نازایی می گردد. تشخیص آن توسط معاینه مهبلی و سونوگرافی صورت می گیرد وتداوی آن انتظاری ، میومکتومی ویا هسترکتومی می باشد.در بعضی خانم ها از تداوی های امبولیزیشن شرائین رحمی ویا

High Intensity Focused Ultrasound استفاده می شود. قبل از عمل جراحی برای کوچک کردن سایز فیبروم از GnRh به مدت ۳-۶ ماه استفاده می شود.

فصل چهارم

پرولپس ارگان های حوصلی و بی اختیاری ادرار

پرولپس ارگان‌های حوصلی

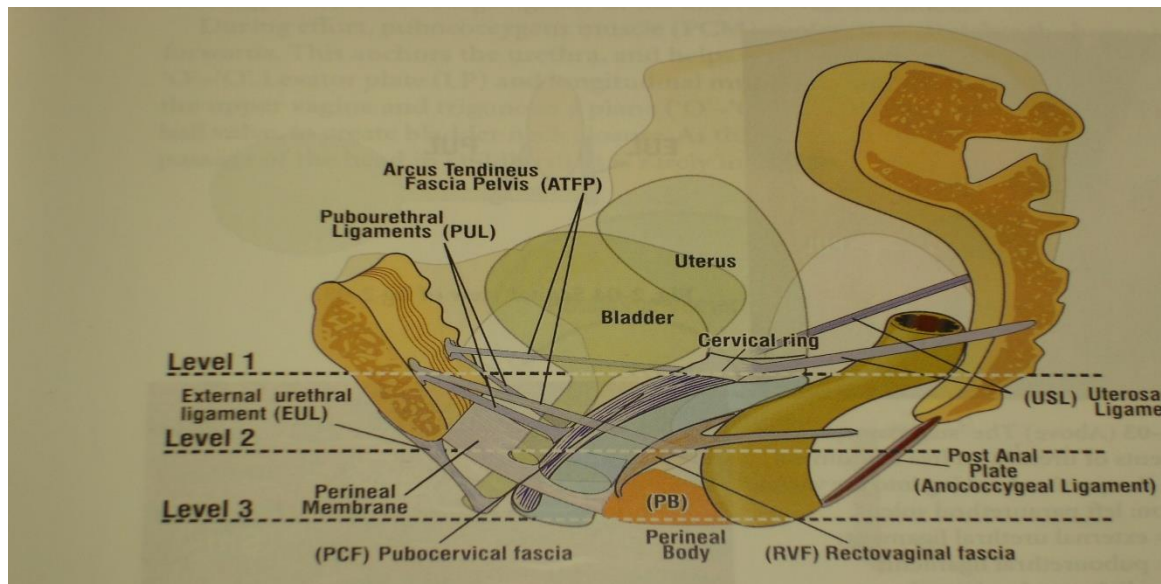
پرولپس ارگان های حوصلی شامل پرولپس دیوار قدامی و دیوار خلفی مهبل، پرولپس رحم و انتروسل است که یک مریضی شایع زنان می‌باشد. علت انرا مربوط به ضعف نسج منضم و عضلات حوصلی و نیز تخریبات عصبی می‌دانند.

سیستم حمایتی رحم در سه سطح بصورت زیر تعریف می شود:

سطح I – شامل لگمنت های یوتروسکرال و Cardinal که جهت نگهداری طول و محور مهبل عمل می‌کند.

سطح II– این سطح شامل اتصالات Paravaginal به دیوار جنبی مهبل و Endopelvic fasia است که سبب حفظ مهبل در خط متوسط می‌شود.

سطحIII – مربوط قسمت تحتانی مهبل است و شامل عضلات و نسج منضم قسمت دیستال مهبل و عجان است. که عضلات آن شامل Illiococcygus, Pubo coccyguose, Puborectalis می‌باشد.

صفاق اندو پلویک از شریان رحمی تا محل تماس مهبل به عضله بالابرنده مقعد امتداد دارد. و در هر ناحیه اناتومیک نام خاصی بخود می‌گیرد. قسمت متصل به رحم آن Parametria نامیده شده و شامل لگمنت های Cardinal و Uretroscral بوده از پرولپس رحم جلوگیری می‌کندقسمتی که به مهبل متصل است Paracoplia گفته می‌شود وشامل Pubocervical fascia برای جلوگیری از پرولپس مثانه وRectovaginal Fascia برای جلوگیری از پرولپس رکتوم بداخل مهبل می‌باشد.

تصویر ۱-۴ سطوح سیستم حمایتی رحم

پرولپس عبارت از بیجا شدن اعضای حوصلی از موقعیت اصلی خود به طرف پائین می‌باشد. شلی و بیجاشدگی دیوار قدامی مهبل بنام Cystocele یا Urethrocele، شلی و بیجاشدگی دیوار خلفی عبارت از Rectocele، نزول و بیرون آمدن رحم و عنق رحم از کانال مهبل عبارت از پرولپس رحم بوده و Entrocele عبارت از فتق امعای کوچک بداخل مهبل می باشد.

تقسیم بندی پرولپس جدار قدامی

۲/۳ علوی – Cystocele

۱/۳سفلی – Urethrocele

جدار خلفی

۱/**۳** علوی – Enterocele

۲/۳ سفلی –Rectocele

پرولپس رحم

درجهI – پائین آمدن عنق رحم در مهبل

درجهII – پائین آمدن عنق تا فوهۀ خروجی

درجهIII – پائین آمدن عنق در بیرون از فوهۀ خروجی

Procidentia – تمام رحم وعنق در خارج فوهۀ خروجی قرار دارد.

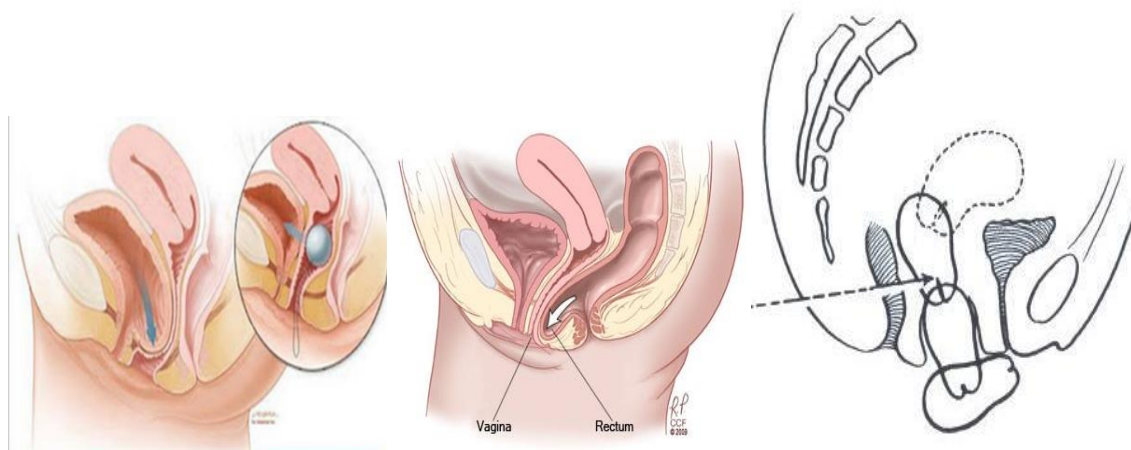
Vault Prolaps: عبارت از پرولپس مکمل تمام دیوار های مهبل بوده که اختلاط مؤخر هسترکتومی بطنی یا حوصلی از اثر ازبین رفتن مقویت انساج حمایتی می‌باشد و مریض از مشکلات در مقاربت و راه رفتن شکایت دارد.

در ایجاد Vault prolaps کمبود استروژن، سن مریض، تکنیک غلط عملیات قبلی، پاریتی مریض، چاقی و سرفه های معند رول دارد.

Urethrocele: عبارت از بر آمده شدن دیوار قدامی تحتانی مهبل بوده و معمولاً با سیستوسل همراه است. اکثراً بدون علامت بوده اما در واقعات شدید ممکن با مشکل در ادرار کردن و یا بی اختیاری ادراری استرسی همراه باشد.

Cystocele: عبارت از پائین آمدن مثانه یا دیوار قدامی مهبل است. سیستوسل در اثر ضعف نسج منضم عضلات pubocervical در خط متوسط رخ می‌دهد. شکل خفیف ان معمولاً بدون علامت بوده اما اشکال متوسط و شدیدآن از سبب تنگ شدن زاویه vasicouteral در وقت زور زدن سبب عدم تخلیه کامل مثانه و یا انسداد ادراری می‌شود. همچنین از سبب ایجاد کشش بر قاعده مثانه مریض در طی روز دچار تکرر و فوریت در ادرار کردن می‌گردد.

Enterocele: تفتق پریتوان و امعای رقیقه در قسمت علوی دیواره مهبل بوده و یک فتق حقیقی می‌باشد. چون فوهه فتقیه آن بزرگ می‌باشد تقریباً هیچگاه اختناقی نمی‌شود. در اشکال شدید آن مریض احساس کشش و کتله در مهبل نموده و گاهی از درد کمر شاکی می‌باشد.

Rectocele: عبارت از بیرون زده گی رکتوم به داخل مهبل است. اعراض و علایم آن اشکال در فعل تغوط و احساس عدم تخلیه کامل رکتوم است. در شکل شدید آن برای دفع مدفوع مریض مجبور می‌شود که با انگشت خود از طریق مهبل فتق را به طرف رکتوم منحرف کند.

تصویر ۲-۴ از راست به چپ – systocele و Rectocele و پرولپس رحم

اسباب و ریسک فکتور های پرولپس حوصلی

۱- از دست دادن قدرت کشش نسج منضم

- صدمات وارده در وقت ولادت

- تغییرات ناشی از افزایش سن

- اختلال در ترمیم کولاژن

- کاهش وزن شدید

۲- از بین رفتن فعالیت عضلات کف حوصله

- صدمات عصبی مخصوصاً صدمات اعصاب سکرال و نوروپاتی دیابتیک

- امراض میتابولیک که بالای عضلات تاثیر می گذارد

۳- افزایش مزمن فشار داخل بطن و یا حوصله

- چاقی

- حاملگی

-سرفه مزمن یا COPD

- زور زدن های مزمن و طولانی (قبضیت، حمل بار های سنگین)

-Ascitis و تومور های بزرگ داخل بطنی

اختلال در تعادل قسمت های مختلف

– تغییر محور مهبل (در حالت ایستاده محور مهبل با خط عمودی زاویه ای ۴۵ درجه را می سازد و از پرولپس جلوگیری می‌کند.)

– عدم اتصال درست لگمنت های کاردینال در زمان هسترکتومی

– نژاد و ارثیت (در سفید پوستان شایعتر است)

اعراض و علایم

– احساس پر بودن، فشار، سنگینی مهبل و یا احساس افتادن یک شی از مهبل

–احساس نشستن روی یک توپ

– ناراحتی در ناحیه مهبل

– وجود یک کتله ای نرم قابل ارجاع در مهبل

– بیرون آمدن کتله با سرفه کردن و زور زدن

– درد کمر وحوصله اغلب با پرولپس دیده می‌شود

– علایم ادراری – احساس تخلیهً نا کامل مثانه، Stressincontinance، تکرر ادرار، تاخیر در شروع ادرار و نیاز به فشار دادن مثانه به سمت بالا جهت ادرار کردن.

– علایم غایطی مثل قبضیت و مشکل در تغوط، در پرولپس جدار خلفی معمول می‌باشد.

معاینات فزیکی و تشخیص

برای بررسی پرولپس مریض باید به حالت لتوتومی قرار گیرد. اسپیکولوم گذاشته شده ودر حالیکه اسپیکولوم به آرامی خارج می‌شود از مریض خواسته شود تا زور بزند، سرفه کند و یا از مانور والسلوا استفاده می‌شود. اگر با این روش نتوانستید پرولپس را مشاهده کنید از مریض بخواهید که ایستاده شود چون پرولپس به حالت ایستاده تشدید می‌شود.

مریض روبروی معاینه کننده قرار می‌گیرد و زانو ها اندکی خم می‌شودو با زور زدن پرولپس آشکار می‌شود. برای پرولپس جدار های قدامی وخلفی باید از اسپیکولوم Sim΄s و یا ریترکتور استفاده کرد. برای ارزیابی جدار قدامی، جدار خلفی راباید فشار داد و برای ارزیابی جدار خلفی، جدار قدامی را باید فشرد و از مریض خواسته شود که زور بزند. پرولپس های که بالاتر از سطح پرده بکارت قرار داشته باشد و بدون علامت باشد اهمیت خاصی ندارد، مگر اینکه مریض بی اختیاری استریسی داشته باشد. برای تشخیص انتروسل همزمان با پرولپس معاینه ای رکتوواژینال انجام می‌شود. چون رکتوسل تنها ۱/۳ سفلی جدار خلفی را درگیر می‌کند، اگر تمامی جدار نازک و شل شده باشد دلالت به انتروسل می‌کند.

تماس اپیتیل مهبلی پرولپس شده با لباس مریض، احتقان وتغییرات وعایی سبب ایجاد زخم های فشاری می‌شود که کنار های آن پاک بوده و بنام قرحات Decubitus یاد میشود. این قرحات با Packing کردن و ارجاع پرولپس در ظرف یکی دو هفته بهبود می‌یابد. این قرحات باید ازکانسر تشخیص تفریقی گردد.

تشخیص تفریقی

سیستوسل و یوریتروسل از دیورتیکل احلیل، کیست مهبل و آبسه غدوات Skene باید تفریق گرددو پرولپس رحم از طویل شدن عنق رحم و یا تومور های عنق و اندومتر باید تفریق گردد.

تداوی

در تداوی مریض در قدم اول باید عوامل مستعد کننده اصلاح و بر طرف شود، بعداً عضلات و انساج حمایت کننده باید تقویت شود و در اخیر در صورت لزوم دید عملیات جراحی صورت گیرد.

تقویت انساج حمایت کننده شامل تمرینات فزیکی، Pessary و جراحی می‌باشد.

۱-تمرینات فزیکی – تمرینات Kegel برای تقویت عضله پوبوکوکسی ژوس (عضلات ادراری) تا حدی در بی اختیاری ادرار موثر بوده، به مریض توصیه می‌شود تا همانند متوقف کردن ادرار و مدفوع عضلات کف حوصله را منقبض و شل کند. مریض این عمل را چندین مرتبه در طول روز به حالت نشسته، ایستاده و درازکش انجام دهد. در زنان که قبل منوپوز اند استروژن مهبلی یا خوراکی نیز کمک کننده است.

۲- **Pessary** –استفاده از پساری در مریضان انتخابی می‌تواند علایم مریضی را کاملاً بهبود بخشد. پساری های جدید از پلاستیک و مواد سلیکانی ولاستیکی ساخته شده و جهت حمایت از دیوار های مهبل ورحم استفاده می‌شود. پساری درمان علاج کننده پرولپس نیست اما با نظارت مناسب می‌تواند ماه‌ها استفاده شود. پساری باید هر دو الی سه ماه تعویض گردد. بهتر است پساری با یک ژل اسیدی Trimo San نگهداری شود و یا در خانم‌های که در زمان منوپوز اند از پماداستروژن و یا حلقه استروژن همراه با پساری تطبیق گردد و هر سه ماه تعویض شود.

تصویر ۳-۴ انواع پساری (ویلیامز ۲۰۱۶)

استطبابات Pessary

۱) خانم جوان که خواستار حاملگی است.

۲) در اوایل حاملگی می توان پساری را گذاشت وتا هفته ۱۸ ادامه داده می شود ؛

۳)در زمان نفاسی برای ایجاد سهولت در involution رحم؛

۴) مریضانیکه به عملیات مناسب نیستند.

۵) مریضانیکه عمل جراحی را رد می کنند.

۶) مریضانیکه انتظار عملیات را می کشند.

محدودیت های Pessary

– تداوی جذری نمی‌باشد.

– سبب Vaginitis و discharge می‌شود.

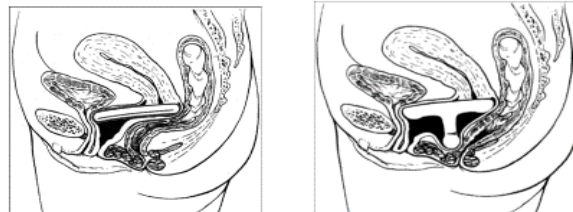
–هر ۳ ماه باید تعویض شود

– برای بعضی خانم ها کننده بوده و سبب مقاربت دردناک می شود.

– باقی ماندن آن به مدت طولانی سبب زخم و ندرتاً کانسر و فستول های مثانی مهبلی می شود.

– درد حوصلی در سایز های بزرک آن

- خونریزی مهبلی

– در انتان حاد دستگاه تناسلی و رحم Retroverted چسپیده استفاده آن منع می‌باشد.

تصویر۴-۴ جابجا کردن پساری در مهبل

۳- **استروژن**: در مریضان که در زمان منوپوز قرار دارند استفاده از کرم های موضعی استروژن سبب بهبود تون، کیفیت و خونرسانی عضلات و صفاق‌ها می‌شود. بر علاوه کرم، حلقه های استروژن نیز موجود است. استروژن را می‌توان برای تمام مریضان یائیسه جهت کاهش اتروفی یوروژنیتال توصیه کرد. در مریضان یائیسه که منتظر جراحی هستند استروژن موضعی جهت تحریک اپیتلیوم سالم و آماده سازی برای جراحی باید توصیه شود.

روش های جراحی

آمادگی قبل از عملیات: در مریضان که مهبل اتروفیک دارند از کرم استروزن استفاده شده وباید چند روز قبل از عملیات استفاده از آن متوقف شود زیرا سبب افزایش خونریزی در اثر ازدیاد ارواء ناحیه می‌گردد. در صورت موجودیت قرحات باید نواحی مذکور با بتادین هر روز پانسمان شودتا بهبود یابد.

۱- Anterior colporrhaphy –برای ترمیم پرولپس جدار قدامی استفاده شده. که دراین عملیه غشای مخاطی جدار قدامی مهبل از روی مثانه جداشده مثانه تثبیت می شود وغشای مخاطی اضافی قطع شده و جدار قدامی مهبل ترمیم می گردد.

۲-Posterior colporrhaphy – این عملیه برای ترمیم رکتوسل بوده که یک incision بالای غشای مخاطی خلفی تا فورنکس خلفی ایجاد کرده و غشای مخاطی را از روی عضلات جدا نموده وعضلات لواتور دو طرف بهم نزدیک گردیده و غشای مخاطی دوباره ترمیم می‌گردد.

۳-ترمیم Fothergillیا Manchester Operation: در مریضانیکه عنق رحم طویل دارند Cervical (Elangation) از این عملیات استفاده می‌شود. در این عملیات کولپورافی قدامی همراه با Cervical Amputation صورت می‌گیرد. دراین عملیات بخاطر کاهش مخاط عنق رحم و کوتاه شدن آن چانس حاملگی کاهش می‌یابد. بهتر است در خانم های کمتر از ۴۰ سال که خواهش قاعدگی و حفظ وظیفه سیستم توالد وتناسل را دارند این عملیات انجام شود. اختلاطات آن عدم کفایه عنق، سقط عادتی، ولادت پره ترم، Stenosis عنق از اثر افزایش نسج فیبروز ودیستوشی عنق در زمان ولادت می‌باشد.

۴- Vaginal Hystrectomy: این نوع عملیات در خانم‌های بالاتر از ۴۰ سال که تعداد اطفال خود را پوره کرده اند ترجیح داده می‌شود. اختلاطات آن شامل خونریزی، انتان، اختلاطات انستیزی، انتانات طرق بولی و Vault Prolups یا پرولپس جدار های مهبل بعد از هسترکتومی و مقاربت دردناک از اثر کوتاه شدن مهبل می‌باشد.

۵- عملیات Le Forts: این عملیات نزد خانم‌های که در زمان منوپوز اند و پرولپس پیشرفته دارند و یا در خانم های که نظر به مشکلات طبی به عملیات مناسب نیستند صورت می‌گیرد.

قبل از عملیات باید پاپ اسمیر از عنق رحم بخاطر تحری پتالوژی حوصله گرفته شود. این عملیات تحت Sedation، انستیزی موضعی یا انستیزی اپیدورال انجام می‌شود. چون در این عملیات فوهه مهبل بسته می‌شود بناً در خانم‌های که عادت ماهوار می‌شوند، امراض عنق یا جسم رحم دارندو یا از نظر جنسی فعال اند صورت نمی‌گیرد.

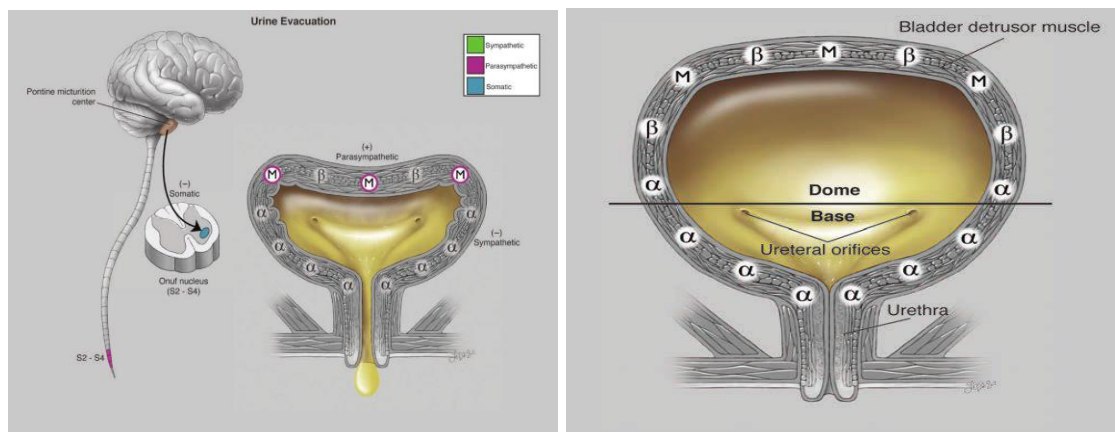
۶-تقویت با مش در جراحی مهبلی: برای جلوگیری از عود پرولپس از مش در ترمیم مهبلی استفاده می‌شود. فعلا از مش در ترمیم جدار قدامی استفاده می‌شود. میزان عوارض جانبی در این روش بیشتر است وعبارت از Erosion های مهبلی، مقاربت دردناک و درد حوصلی می‌باشد.

۷- Abdominal Sling Operation: در خانم‌های جوانی که پرولپس درجه دو یا سه دارند ومیخواهند حامله شوند وعادت ماهوار داشته باشند این نوع عملیات توصیه می‌شود که در این عملیات برای حمایت و تقویت اربطه Mackenrodtو Uterosacral با جابجا کردن نوار نیلون یا Dacron مثل تسمه یاریسمان رحم را تقویت می کنند. این نوع عملیات‌ها عبارتند از:

- Abdominocervicopexy
- Shirodkars sling operation–
- Khannas sling Operation

بی اختیاری ادرار Urinary Incontinence

ادرار کردن توسط سیستم عصبی محیطی شروع شده و تحت کنترول سیستم اعصاب مرکزی می‌باشد. مثانه واحلیل یک واحدی است که دو وظیفه را انجام میدهد، یکی وظیفه ذخیره ادرار و دیگری خارج کردن ادرار .نسج اصلی مثانه را عضله detrusor تشکیل داده که از جمله عضلات ملساء بوده و تنها عضله ملساء است که تحت کنترول ارادی قرار دارد.ادراربه مقدار ۰,۵-۵ ملی لیتر در دقیقه تولید شده و عضله مثانه تا افزایش حجم مثانه به حد ۱۵۰-۲۰۰ ملی لیتر شل شده و ادرار را ذخیره می کند. رسیدن حجم ادرار به بیشتر از این مقدار باعث بروز احساس پری مثانه و در حجم ۴۰۰-۵۰۰ ملی لیتر باعث بروز احساس فوریت ادرار کردن می‌شود.

مقدار حجم ادرار باقی مانده بعد از ادرار کرن در مثانه (residual volume) کمتر از ۵۰ ملی لیتر است. یکی از قسمت‌های مهم دستگاه ادراری Urethrovasical Junction است که در خلف پوبیس در حد فاصل یک سوم میانی و تحتانی سمفزس پوبیس قرار دارد.

تصویر ۵-۴ عضله detrusor مثانه و فزیو لوژی ادرار کردن (ویلیامز ۲۰۱۶)

بی اختیاری ادرار عبارت از خروج غیر ارادی ادرار است که در زنان با افزایش سن افزایش می یابد. تقریباً ۴۰-۵۰٪ زنان بعد از ۶۵ سال مصاب این مریضی هستند.

فکتور های خطر بی اختیاری ادرار

- سن
- چاقی
- سگرت
- حاملگی
- ولادت
- یایسگی
- امراض بولی
- Cognitive impairment
- Functional impairment

– بلند رفتن مزمن فشار داخل بطن

– سرفه مزمن

– قبضیت

– وزنه برداری حرفه وی

انواع بی اختیاری ادرار

- **Continual Incontinence**: در این حالت بی اختیاری ادرار در تمام شبانه روز و در هر حالتی بشکل قطره قطره وجود دارد و علت آن فیستول‌های ادراری و دیورتیکولوم احلیل می‌باشد.
- **بی اختیاری sensory Iritative**: این نوع دراثر تحریک قسمت تحتانی دستگا ادراری از سبب cystitis، تومورهای مثانه و یا جسم خارجی بوجود امده و با نشت ادرار همراه با فوریت ادرار تظاهر می‌کند.
- **Overflow Incontinence**: در این حالت فشار داخل مثانه بیشتر از فشار داخل احلیل بوده و ادرار بشکل لبریز شدن نشت می‌کند. این شکل در اثر انسداد گردن مثانه و کاهش یا از دست دادن فعالیت عضله دتروسور ایجاد می‌شود.
- **Postural Incontinence**: عبارت از بی اختیاری ادرار همراه با تغییر حالت بدن بطور مثال حین برخواستن از حالت نشسته یا خوابیده می‌باشد.
- **Nocturnal enuresis**: بی اختیاری ادرار حین خواب
- **Coital Incontinance**: بی اختیاری ادرار حین نزدیکی
- **Overactive bladder Urgency Syndrome**: فوریت ادرار همراه با تکرر ادرار و nocturia با یا بدون بی اختیاری فوریتی در فقدان هر گونه انتان ادراری و یا پتالوژی واضح
- **Nocturia**: شکایت فردی که یک بار بیشتر در طول شب برای ادرار کردن بیدار می‌شود.
- **Urgency Incontinence**: دومین شکل شایع بی اختیاری ادرار نزد خانم‌ها بوده و علت آن ناپایداری و تحریک پذیری عضله دتروسور است در حالیکه اسفنگترها و احلیل طبیعی هستند. در این نوع بی اختیاری ادرار، محرک‌های ضعیف نیز باعث انقباض شدید مثانه و تخلیه کامل ادرار می‌شود. مریض ممکن متعاقب سرفه کردن،

احساس سرما، شنیدن صدای جریان آب و غیره احساس نیاز فوری به ادرار کردن نموده و بدون اینکه بتواند کنترول کند خود را تر می‌کند. تکرر ادار و شب ادراری نیز در این مریضان وجود دارد. در بی اختیاری فوریتی مریض قبل از این که خود را تر کند متوجه نیاز با ادرار کردن شده و در این شکل مثانه به طور کامل تخلیه می‌شود. این دو خصوصیت بی اختیاری فوریتی را از استرسی (که در آن علامت هشدار دهنده وجود ندارد و ادرار به صورت قطره قطره نشت می‌کند) تفریق می‌کند.

برای تشخیص بی اختیاری فوریتی باید نکات زیر موجود باشد:

۱)وجود انقباضات غیر ارادی مثانه همراه با نشت ادرار؛

۲)حجم باقی مانده ادرار و احساس ادرار کردن طبیعی باشد.

۳) حجم urge to void کاهش یافته باشد.

Stress Incontinence: عبارت از نشت غیر ارادی ادرار متعاقب افزایش فشار داخل بطن مثل سرفه کردن، خندیدن، ورزش کردن و غیره می‌باشد. این نوع بی اختیاری شایعترین نوع در زنان بوده و ریسک فکتورهای آن عبارتند از:

- pelvic relaxation و در نتیجه افزایش زاویه Urethrovasical (بیشتر از ۹۰– ۱۱۰ درجه)؛

-افزایش مزمن فشار داخل بطن (قبضیت، سرفه و حمل بار های سنگین)

– یائسگی (اتروفی مخاط احلیل و کاهش فشار داخل آن)؛

خصوصیات بی اختیاری استرسی

۱) نشت ادرار بسیار کم وبشکل چند قطره بوده و به شخص احساس ادرار کردن دست نمی‌دهد.

۲) انقباض مثانه وجود ندارد.

۳) در حالت درازکش رخ نمی‌دهد.

۴)اغلب cystocele یا Urethrocele وجود دارد.

۵) نیاز قبلی به ادرار کردن وجو ندارد

ارزیابی مریضان با بی اختیاری ادرار

در مریضان با بی اختیاری ادرار باید بررسی‌های زیر به ترتیب انجام شود:

۱) شرح حال: شامل تاریخچه طبی، سابقه جراحی قبلی و تاریخچه دوایی می‌باشد. در تاریخچه طبی بعضی امراض که سبب بی اختیاری ادرار می‌شوند مثل دیابت، نارسایی وعایی (منجر به بی اختیاری در شب زمانی که اذیمای محیطی داخل دوران می‌شود و سبب افزایش ادار می‌گردد)و امراض مزمن ریه (در اثر سرفه‌های مزمن)مهم می‌باشد.

۲) معاینه فزیکی: ابتداء ناحیه فرج از نظر اتروفی در خانم‌های مسن وموجودیت حادثات التهابی و دیگر حالات پتالوژیک ارزیابی شده و سپس معاینه مهبلی صورت گرفته و موجودیت سیستوسل و Urethrocele و التهاب مهبل بررسی می‌گردد. معاینه احلیل همراه با جس جدار قدامی مهبل از نظر موجودیت Diverticulum، کتلات و التهاب احلیل باید صورت گیرد.

۳)معاینات لابراتواری ادرار و کشت ادار؛

۴) تست ادراری استرس سرفه: از مریض درخواست می‌شود که مانور والسلوا را انجام داده یا به شدت سرفه کند اگر ادرار خارج نشد به مریض توصیه می‌شود که بایستد و پاها را باز کند و سرفه کند خروج بلافاصله ادرار مطرح کننده بی اختیاری استرسی است.

۵) Pad test- در صورتیکه استرس تست منفی باشد این تست بمدت یک ساعت توصیه می شود . طوریکه به مریض یک pad معقم پوشانده شده و برایش توصیه می شود که ۵۰۰ ملی لیتر آب بنوشد و برای ۱۵ دقیقه استراحت کند و بعد از آن برای ۳۰ دقیقه یا پیاده روی کند و یا به زینه بالا شود وبعد برایش توصیه سرفه و یا خیز زدن می شود . بعد از مدت یک ساعت کوتکس کشیده شده و وزن میگردد .افزایش 1gr در وزن کوتکس نشت قابل توجه ادرار را نشان می دهد.

۶) معاینه عصبی: چون کنترول ادرار تحت تاثیر سیستم ارادی و اوتونوم می‌باشد بناً باید وضعیت هوشیاری، قدرت عضلاتی و عملکرد حسی، رفلکس‌های وتری عمقی بررسی شوند.

۷)postvoid Residual Volum: اندازه کردن حجم مثانه بعد از ادرار کردن توسط transurethral catheterization و یا توسط سونوگرافی handheld sonographic bladder scanner. انجام می شود. موجودیت فیبروم رحمی و کتلات حوصلی میتواند سبب نتیجه مثبت کاذب در معاینه سونوگرافی گردد. به مریض گفته

می شود که ادرار کند و بعد از ۱۰ دقیقه یک کتیتر داخل مثانه گذاشته می شود تا مقدار باقی مانده ادرار را ارزیابی نمایم و یا بعوض آن از سونوگرافی استفاده می شود. مقدار نورمال ادرار باقی مانده باید کمتر از ۵۰ ملی لیتر باشد . مقادیر زیادتر ادرار باقی مانده بعد از تخلیه مثانه نشاندهنده احتباس ادرار و عدم تخلیه کافی مثانه است.اما مقادیر خیلی زیاد ادرار باقی مانده از سبب‌انتان یا مسدود شدن احلیل از سبب کتلات حوصلی یا دفکت یا نقص عصبی می باشد.

تصویر ۶-۴ اندازه کردن حجم مثانه توسط Handheld bladder scanner (ویلیامز ۲۰۱۶)

۷)uroflowmetry : یک روش ساده بوده که مدت زمان کامل ادرار کردن توسط یک stop watch ریکارد می شود و مقدار ادرار ارزیابی میشود در صورتیکه flow rate = 15 – 25ml/sec باشد تست نورمال است . این تست در stress incontinence نورمال است.

۸)**Cystometrography** : این عملیه با استفاده از مانومتر آبی و یا دیگر روش‌های پیشرفته انجام شده و در کشف مثانه ناپایدار، بی اختیاری سرریزی، کاهش ظرفیت مثانه یا اختلال حس مثانه کمک کننده است.

۹)**Cystourethroscopy** : یک معاینه اندو سکوپی بوده و استطبابات آن در واقعات Hematury، سابقه جراحی بی اختیاری ادرار، انسداد ادراری و شک به دیورتیکول یا فیستول می‌باشد.

تداوی

Conservative/Nonsurgical

تقویت زمین حوصله

Kegel exercises(PFMT) : در تداوی خانم های که بی اختیاری خفیف تا متوسط دارند موثر می باشد. اگر از تقلصات ایزوتونیک در pelvic Floor Muscle Training استفاده می کنید باید از مریض خواسته شود که فشار بیاورد و عضله Levator ani را منقبض نگه دارد. مریض این عملیه را ۱۰-۱۵ بار در روز انجام داده ابتداء به مدت ۳ ثانیه و به تدریج زمان را تا ۱۰ ثانیه افزایش دهد.

در مریضان که بی اختیاری استریسی و فوریتی دارند می توان به عوض تمرینات زمین حوصله از پروب مهبلی که تحریکات الکتریکی با فرکونسی کم را تولید می کند ،جهت تقبض زمین حوصله استفاده کرد.

تمرینات ادراری

برای این منظور از مریض خواسته میشود که ابتداء هر ۱۵ دقیقه اقدام به تخلیه مثانه کند و در صورت نیاز به تخلیه در فواصل آن مریض خود را نگه دارد. به این مدت هر سه روز ۱۵ دقیقه اضافه می شود تا اینکه فواصل زمانی ادرار کردن به یک ساعت برسد بعد از آن هر سه روز نیم ساعت اضافه می شود تا فواصل ادرار کردن به سه ساعت برسد.

رژیم غذایی

غذا های که مقدار زیاد اسیدیتی و کافین دارد سبب ازدیاد فرکونسی و بی اختیاری فوریتی ادرار می گردد، همچنین نوشابه های کاربونات دار نیز سبب ایجاد اعراض بی اختیاری فوریتی می شود. مواد غذایی دارای کلسیم گلیسرو فوسفت سبب کاهش بی اختیاری فوریتی می گردد.

اعیار کردن تبول مطابق جدول

خانم های که بی اختیاری فوریتی دارند، هر ۱۰- ۱۵ دقیقه احساس تبول می کنند. در این میتود تبول خانم مطابق جدول هر نیم ساعت اعیار گردیده و همراه آن از تمرینات Kegel نیز استفاده می گردد.

استروژن

استروژن جریان خون احلیل و حساسیت اخذه های الفا ادرانرژیک را افزایش می دهد، و سبب افزایش فشار بسته شدن احلیل می گردد. استروژن سبب جا بجایی نسج کولاژن در انساج اطراف احلیل شده و ارواء آن ها را زیـاد میکنـد و در بهم نزدیک شدن جدار های احلیل موثر است.

از کرم های مهبلی Primarin روز یک مراتبه برای دوهفته و بعداً هفته دو مراتبه استفاده می شود. در قسمت تداوم یا ختم تداوی تذکر داده نشده است. از استروژن خوراکی در صورت موجودیت اعراض منوپوز که ضـرورت باشـد اسـتفاده می شود. اما بعضی مطالعات بد تر شدن بی اختیاری را با استروژن خوراکی گزارش داده اند.

تداوی بی اختیاری استرسی

تداوی دوایی در این موارد تاثیر کمی دارد از imipramine که تاثیر الفا ادرانرژیک دارد برای تقـبض و بسـته شـدن احلیل استفاده می شود (احلیل دارای تعداد زیاد آخذه های ادانرژیک است).

Passary

پساری مخصـوص بـرای بـی اختیـاری ادرار سـاخته شـده کـه بـه طـرف بیـرون برآمـدن و یـا قیفـی شـکل شـدن urethrovesical junction را کاهش می دهد. تمام مریضان کاندید گذاشتن پساری نیستند تنها به مریضانی کـه همراه با بی اختیاری پرولپس نیز دارند استفاده می شود.

جای گزین پساری urethral inserts (FemSoft) و یا urethral patches (CapSure) می باشد که بـه داخل احلیل جا گزاری شده و به گردن مثانه فشار وارد نموده، از چکیدن ادرار جلوگیری می کند. این وسیله هـا بعـد از مدت باید تعویض شوند.

جراحی

جراحی در اشکال متوسط تا شدید بی اختیاری ادرار در نظر گرفته می شود. روش های مختلف جراحی وجـود دارد کـه برخی از این روش ها عبارتند از:

Mid urethral Sling: یک روش ساده بوده که از طریق مهبل یک مـش مصـنوعی بـه قسـمت Mid urethral گذاشته می شود. انواع مختلف مش ها برای جا گذاری وجود دارد.

Retropubic Urethropexy:

پروسیجر Burch and Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) colposuspension است.

Urethral Bulking Agent Injection: مواد حجم دهنده در زیر مخاط احلیل زرق شده و سبب تنگ شدن گردن مثانه و احلیل پروکسیمل می شود.

تداوی بی اختیاری Urgency

ادویه انتی کول انرژیک: Oxybutynin, Tolterodine و Fesoterodine ازجمله ادویه اصلی تداوی بی اختاری فوریتی بوده اما در مریضان گلوکوم با زاویه بسته مضاد استطباب اند. اکسی بو تونین سبب افزایش ظرفیت مثانه، کاهش تعداد انقباضات عضله دیترسور و بهبود علایم فوریت ادرار می شود.

Imipramine: این دوا نسبت به ادویه انتی کول انرژیک کمتر موثر است. و در مریضانی که بی اختیاری مختلط دارند موارد استفاده بیشتر دارد.

Selective Muscarinic receptor Antagonists: این ادویه M3-receptor selective antagonists و مستحضرات آن عبارتند از solif enacin، darif enacin و trospium chloride می باشد. این ادویه عوارض جا نبی زیادی دارند.

Sacral Neuromodulation: تحریک الکتریکی اعصاب کنترول کننده مثانه سبب مهار نیورون های حرکتی پاراسمپاتیک در سطح نخاع می شود و بی اختیاری ادرار را کنترول می کند.

خلاصه فصل چهارم

- پرولپس عبارت از بیجا شدن اعضای حوصلی از موقعیت اصلی خود به طرف پائین می‌باشد.
- شلی و بیجاشدگی دیوار قدامی مهبل بنام Cystocele یا Urethrocele
- شلی و بیجاشدگی دیوار خلفی عبارت از Rectocele
- نزول و بیرون آمدن رحم و عنق رحم از کانال مهبل عبارت از پرولپس رحم بوده و Entrocele عبارت از فتق امعای کوچک بداخل مهبل می باشد.
- **پرولپس رحم دارای چهار درجه بوده که عبارتند از:درجهI** – پائین آمدن عنق رحم در مهبل **درجهII** – پائین آمدن عنق تا فوهۀ خروجی، **درجهIII** – پائین آمدن عنق در بیرون از فوهۀ خروجی **و**

Procidentia – تمام رحم وعنق در خارج فوههٔ خروجی قرار دارد.

- اسباب عمده پرولپس از بین رفتن قدرت کشش نسج منضم و مقویت عضلات کف لگن و بلند رفتن فشار داخل بطن می باشد.
- تشخیص پرولپس با معاینه مهبلی ومشاهده مستقیم قسمت پرولپس شده گذاشته می شود.
- تداوی پرولپس شامل تمرینات فزیکی، تطبیق پساری، استروژن و جراحی می باشد.
- بی اختیاری ادرار عبارت از خروج غیر ارادی ادرار است که در زنان با افزایش سن افزایش می یابد. تقریباً ۴۰–۵۰٪ زنان بعد از ۶۵ سال مصاب این مریضی هستند.
- **Stress Incontinence** عبارت از نشت غیر ارادی ادرار متعاقب افزایش فشار داخل بطن مثل سرفه کـردن، خندیدن، ورزش کردن و غیره می‌باشد.
-
- تحریک پذیری عضله دتروسور است در حالیکه اسفنگترها و احلیل طبیعی هستند. در این نوع بی اختیـاری ادرار، محرک‌های ضعیف نیز باعث انقباض شدید مثانه و تخلیه کامل ادرار می‌شود.
- تداوی بی اختیاری ادرار شامل تمرینات ادراری، تداوی طبی ، پساری و تداوی جراحی مـی باشد.

فصل پنجم

Vulvovaginitis

Herpes simplex

یک عفونت مزمن ویروسی است که توسط دو نوع ویروس HSV1- HSV2 ایجاد می شود. عود های متکرر آن توسط HSV2 ایجاد می شود. از جمله بیماری های مقاربتی (STD) بوده ودر اکثر مریضان انتان خفیف یا نا مشخص موجـود بوده که سبب انتقال مریضی می‌شوند.

اعراض و علایم

– صورت کلاسیک مریضان با ضایعات ulcerative یا vesicular درد ناک تناسلی مراجعه می کنند. این ضـایعات در بسیاری از مریضان وجود ندارد.

– عنـق رحـم در حـدود ۸۰–۹۰ فیصـد واقعـات مصـاب شـده و در عنـق وزیکـول یـا نسـج نکروتیـک بـا افـرازات mucoparulant دیده می‌شود.

– انتشار ضایعات در جلد باسن و ران نیز دیده می‌شود.

– ضایعات ظرف یک هفته بهبود کسب می کند.

– inguinal adenopathy دوطرفه طی هفته دوم تا سوم و سوزش ادرار نیز ایجاد می شود.

– علایم سیستمیک مثل تب، سردرد، بیحالی وشخی گردن نیز نزد مریض می تواند وجود داشته باشد.

حملات راجعه: حملات راجعه مریضی کوتاه مدت و کمتر درناک بوده و در اثر استرس، سوء تغذیه، استراحت ناکافی و پائین آمدن سیستم معافیتی بدن ایجاد شده وظرف ۷–۱۰ روز مریض بهبودی حاصل می‌کند.

تشخیص: تشخیص مریضی با اعراض و علایم، تست PCR و تست انتی بادی صورت میگیرد

تداوی

- Acyclovir ۴۰۰ ملی گرام خوراکی ۳ بار در روز برای ۷–۱۰ روز یا

Acyclovir ۲۰۰ ملی گرام خوراکی ۵ بار در روز برای ۷–۱۰ روز و یا

Famcyclovir ۲۴۰ ملی گرام خوراکی ۳ بار در روز برای ۷–۱۰ روز و یا

Valcyclovir 1mg خورکی ۲ بار در روز ۷–۱۰ روز

- خانم های حامله با هرپس فعال باید با اسیکلویر تداوی شوند و جهت جلوگیری از مصابیت نوزاد سزارین بهترین نوع ولادت است.

– تداوی شرکای جنسی

Condyloma acumenata یا زگیل مقاربتی

عامل مریضی HPV نوع ۶ و ۱۱ بوده بعضاً نوع ۱۶ و ۱۸ نیز با شیوع کمتر سبب مریضی می شـود. از جملـه امـراض مقاربتی بوده و دوره تفریخ مریضی بطور متوسط ۳ ماه (۱–۲۴ ماه) است

اعراض و علایم

مریضی با ضایعا ت بشکل پلاک ها یا نودول های متعدد با رنگ روشن یا تیره و سطح نا صاف وشیار دار مشـابه گـل کلم در ناحیهء تناسلی داخلی و خارجی تظاهر می کند. اکثراً این ضایعات بدون علامت اند مگر اینکه منتن شوند.

تشخیص: تشخیص مریضی با مشاهده ضایعات گذاشته شده و در حالات مشکوک با بیوپسی تشخیص می شود.

تداوی

۱– در ضایعات کمتر از ۲ سانتی متر و افراد غیر حامله استفاده از محلـول موضـعی podophyllin (انتـی میتوتیـک) هفته یک الی دوبار برای ۵–۸ هفته

۲- در ضایعات بزرکتر از ۲ سانتی و نزد خانم های حامله و ضایعات مهبل و عنق از Trichloroaceticacid یا Dichloroaceticacid و یا کرایوتراپی

۳- برداشتن ضایعات توسط لیزر

۴- تداوی شریک جنسی

۵- سزارین روش بهتر ولادت در خانم حامله است

Lymphogranoloma venereum

عامل مریضی کلامیدیا تراکوماتس است. ناحیه اصلی انتان سرویکس و فرج است. دوره تفریخ مرض ۷-۱۰ روز بوده و ابتداء مریضی بشکل چند پاپول، وزیکول یا Erosion سطحی بدون درد و کمی فرو رفته تظاهر می کند در این مرحله مریض متوجه مریضی نشده و ضایعه ظرف ۳-۴ روز بهبود می یابد و اما میکروب ها غدد لنفاوی ناحیه اینگوینال را گرفتار کرده و موجب lymphadenitis دردناک همراه با تموج و چسپنده گی به جلد می‌شود که اغلب یک طرفه می باشد. در مراحل پیشرفته ادنوپاتی تقرح می نماید. نزد مریض تورم فرج موجود بوده و در صورت گرفتاری رکتوم و مهبل خونریزی از رکتوم و فیستول های Recto vaginal دیده می شود.

تشخیص: تشخیص مریضی بر اساس کلینیک مرض و NAATS (nucleic acid amplification) و Microtrak Direct Smear Immunoflorecence گذاشته می‌شود.

تداوی

۱- Doxycyclline 100mg BD/day for 21 day oraly

۲- و یا Erythromycine 400mg evry 6 h/day oraly for 21 day

۳- تنگی anal باید توسط دست متسع شوند.

۴- فستول ها و ابسه ها نیاز به جراحی دارند.

Chancroid یا شانکر نرم

بنام آتشک نیز یاد شده یک مریضی مقاربتی بوده که توسط هیمو فلوس دوکره ا ی ایجاد گردیده. دوره تفریخ آن ۴-۷ روز (۱-۱۴) روز می‌باشد.

اعراض و علایم

- ابتداء یک یا چند ضایعه پاپولی سرخ و دردناک ایجاد می شود که ظرف ۲-۳ روز به پستول و در نهایـت بـه قرحـه تبدیل می‌شود.

- قرحه آن دارای ظاهر کثیف و آلوده، کمی فرورفته با کناره های دندانه دار ودردناک بوده فاقد سختی زیر جلد اسـت. که با این خصوصیات از شانکر سفلیس افتراق می‌شود.

- در ۵۰٪ مریضان ادنوپاتی دردناک اینگوینال وجود دارد.

تشخیص: تشخیص مریضی با اعراض و علایم مریضی، بررسی میکروسکوپیک Dark field و کشت از ترشـحات زخم در Rabbit serum صورت می‌گیرد.

تداوی

۱- Cftiraxon 250mg iM singal dose

۲- Azithromycin 1gr oral singal dose

و یا

۳- Erythromycin 500mg 3 time aday /7day

و یا

۴- ciprofloxacin500mg 2 time a day for 3 day

Vaginal cyst

Gartner duct cyst: این کیست از بقایای قنات wolf رشد نموده و معمولاً در جدارهای وحشی و یا نزدیک فوهه خروجی مهبل بوجود می آید. کیست های کوچک بدون عرض و کیست های بزرگ سبب dysuria می‌گردد. تداوی این کیست ها جراحی بصورت کشیدن کیست یا marsuplization می‌باشد.

Inclusion cyst: این کیست ها از اثر جوانه زدن غشای مخاطی مهبل بعد از عملیات های مهبلی، اپیزیوتومی و colporrhaphy بوجود می‌آید.

Endometriotic cyst: این نوع کیست ها در حذای فورنکس خلفی ایجاد شده و معمولا بشکل یک کیست احتباسی که توسط یک ساحه منقبض شده و التوایی احاطه شده، تبارز می‌نماید. در جریان عادت ماهوار بزرگ و دردناک می‌گردد و بعد از ان دوباره کوچک می‌شود. تداوی آن برداشتن کیست یا cutrization می باشد.

Bartholin cyst: غدوات برتولین در ساعت ۵ و ۷ در عمق ویستیبول قرار داشته و دهانه آن ها در یک سوم تحتانی ویستیبول در محل اتصال پرده بکارت بدیوار ویستیبول باز می‌شود. وقتی قنات غده مسدود شود سبب تشکل کیست شده که آنقدر دردناک نبوده ولی بعضاً حجماً خیلی بزرگ شده می تواند.

Bartholin abscess: غدوات برتولین ممکن دچار یک عفونت ساده شده اما در صورت مزمن شدن التهاب قنات غده مسدود شده ابتداء کیست تشکل کرد و در صورت مداخله انتان، آبسه ایجاد می‌شود. آبسه برتولین اکثر polymicrobial بوده اما در ۲۰-۳۰ ٪ موارد سبب آن نایسیریا گونوکوک و کلامیدیا تریکوماتیس می‌باشد و میکروب های دیگری مثل استافلوکوک طلایی و E. coli و غیره نیز سبب مریضی می‌شوند. آبسه برتولین معمولا یک طرفه بوده و سیر سریع دارد در ظرف ۲-۳ روز تشکیل می‌شود و بشکل یک کتله بسیار دردناک و حساس، erythematous، متورم و متموج تظاهر می‌کند. در صورت عدم تداوی ظرف ۲-۴ روز سر باز می‌کند و تخلیه می‌شود. بعضاً نزد مریض تب و لرز نیز وجود دارد.

تداوی

- کیست های کوچک به طور کامل برداشته می شود. در کیست های بزرگ بهتر است عملیه ای marsupialization انجام شود.

– درصورت برتولینیت که هنوز آبسه تشکل نکرده با توصیه انتی بیوتیک ، نشستن در آب گرم روز ۳-۴ بار و دادن ادویه مسکن شاید مریض بهبود کسب کند.

– در مورد ابسه برتولین برخی طرفدار marsupialization اند و عده ای گذاشتن کتیتر word را توصیه می‌کند. در صورت عدم موجودیت کتیتر میتوان آبسه را insision و تخلیه نموده و داخل ابسه را با گاز برای ۴۸ ساعت پر کرد.

تطبیق کتیتر طوری است که یک شق ۲-۴ ملی نزدیک حلقه بکارت بالای ناحیه انجام داده کتیتر را داخل آبسه کرده و بالون آنرا بگ نموده و کتیتر باید برای ۴-۶ هفته در محل باقی بماند.

در عملیه کیسه سازی یا marsupialization پس از ایجاد جرحه و برداشتن بیضی شکل قسمتی از جدارآبسه، جدار داخلی آن به مخاط عنق و جدار ویستیبول دوخته می شود. در موقع گذاشتن کتیتر و یا تخلیه از مواد گرفته شده کلچر و انتی بیوگرام صورت گیرد.

Bacterial vaginosis

رایج ترین عفونت مهبل است ، از جمله STD نمی باشد و اصطلاح وژینوز باکتریال به دلیل اینکه در این مریضی التهاب مهبل معمولا وجود ندارد و آفت از سبب تغییر فلور طبیعی مهبل ایجاد می‌شود گفته می شود. در این مریضی لکتوباسیل های هوازی کاهش یافته و شکل غیر هوازی از جمله گاردنلا، مایکوپلازم، پیتو استرپتو کوک و باکتروئید ها سبب مریضی می‌شوند.

اعراض و علایم

۱- ترشح بد بوی مهبل سفید رنگ با بوی شبیه ماهی، غیر التهابی و چسپیده بجدار های مهبل

۲- وجود clue cell در اسمیر مرطوب تحت میکروسکوپ (clue cell عبارت از حجرات اپیتل مهبل اند که گاردنلا ها در اطراف آن چسپیده اند)

۳- PH مهبل بیشتر از ۴٫۵

۴- متساعد شدن بوی ماهی با اضافه کردن KOH بالای افرازات مهبل (wiff test +)

تداوی

۱- مترونیدازول ۵۰۰ ملی گرام خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز

۲- ژل مترونیدازول ۷۵ در صد یک بسته کامل ۵ گرام داخل مهبل برای ۷ روز

۳- کرم کلیندامایسین ۲ در صد ۵ گرام داخل مهبل برای ۷ روز

رژیم جایگزین

۱- تینیدازول ۲ گرام خوراکی یکبار در روز برای ۲ روز

۲- کلیندامایسین ۳۰۰ ملی گرام خوراکی ۲ بار در روز برای ۷ روز

۳- کلیندامایسین مهبلی یکبار در شب برای ۳ شب

تداوی در زمان حاملگی

۱- مترونیدازول ۵۰۰ ملی گرام خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز

۲- کلیندامایسین ۳۰۰ ملی گرام خوراکی ۲ بار در روز برای ۷ روز

Trichomoniasis

این مریضی توسط Trichomonias vaginalis که یک پروتوزوای غیر هوازی فلاژیل دار است ایجاد می شود و از جمله مریضی های STD می باشد. همچنین این عفونت علل ولادت پره ترم، تمزق زود رس غشای امنیون و انتانات عنق رحم و اندومتر بعد از جراحی می باشد.

اعراض و علایم

اعراض و علایم عمده مریضی عبارت از ترشحات زرد مایل به سبز کف آلود و بد بو، خارش و سوزش فرج، سوزش ادرار و مقاربت درد ناک می باشد اما ۱۵-۵۰ ٪ مریضان بدون علامت اند.

در معاینه مهبلی فرج ملتهب و سرخ رنگ بوده ترشحات زرد مایل به سبز در جدار های مهبل موجود و عنق رحم erythematose و بالای آن نقاط کوچک خونریزی از اثر اتساع موی رگ ها دیده می‌شود که straw berry cervix گفته می‌شود. PH مهبل بیشتر از ۴٫۵ است.

تشخیص: تشخیص مریضی توسط wet smear، کشت ترشحات مهبل و تست نکلوئیک اسید صورت می گیرد.

تداوی

۱- مترونیدازول خوراکی ۲ گرام دوز واحد یا تینیدازول ۲ گرام خوراکی دوز واحد

یا

۲- مترونیدازول ۵۰۰ ملی گرام خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز

تداوی های موضعی

کپسول اسید بوریک داخل مهبل روز یک بار برای ۷ روز یا دوش مهبلی بتادین ۲ بار در روز

Gonorrhea

از جمله شایعترین مریضی های مقاربتی می‌باشد. عامل مریضی نایسریا گونوکوک است که ازجمله دیپلوکوک های گرام منفی بوده و شکل کلیوی دارند . احتمال انتقال از مرد به زن ۸۰-۹۰ ٪ و از زن به مرد ۲۵ ٪ بعد از هر نزدیکی است. شایعترین محل مصابیت در زنان اندوسرویکس است اما می‌تواند احلیل، مقعد و حلقوم را نیز مصاب نماید.

پتالوژی

عامل مریضی از طریق مهبل به قسمت های علوی صعود کرده ولی غشای مخاطی مهبل به مقابل آن مقاوم می باشد. میکروب احلیل ,sken glands و قنات برتولین را مورد تهاجم قرار داده و نزد مریض urethritis، Skenitis و Bartholinitis ایجاد گردیده و زمینه ابسه برتولین را مساعد می‌سازد. در صورت مصابیت سرویکس، Cervicitis ایجاد شده افرازات زرد رنگ از مهبل جاری می‌گردد. عامل مریضی توسط سپرم بطرف علوی انتقال نموده و زمینه را برای Salpangitis مساعد می‌سازد. هرگاه پروسه دوام نماید میکروب به جوف حوصله انتشار نموده سبب

pelvicperitonitis و به تعقیب آن general peritonitis بوجود آمده ودر نهایت سبب بندش تیوب ها و عقامت می گردد. ندرتاً سبب فرنجیت و تانسلیت ، اندوکاردیت و مننژیت می‌گردد.

اعراض و علایم

اکثر موارد آلودگی با گونوکوک بدون علامت بوده و موارد علامت دار آن بصورت ترشحات چرکی زردرنگ آبگین، دیسیوری و خونریزی غیر طبیعی رحمی تظاهر می‌کند.

تشخیص

تشخیص مریضی با اسمیر رنگ آمیزی گرام و مشاهده دیپلوکوک داخل حجروی صورت گرفته ، اماکشت در محیط Thayer Martin agar و تست فلوروسینت نیز برای تشخیص مریضی مفید می‌باشد.

تداوی

۱- به مریض آموزش داده شود که به مدت ۷ روز بعد از شروع درمان از مقاربت جنسی خود داری کند.

۲- در صورتیکه عفونت کلامیدیایی رد نشده باشد باید رژیم تداوی با Doxycycllin و یا ازیترومایسین همراه شود.

۳- در صورت عفونت بدون عارضه

- seftireaxon 250 mg IM singal dose

یا

- sifixime 400 mg singal dose

همراه با

Doxycycllin 100 mg 2 wice daly for 7 day و یا Azithromycin 1g singal dose

Chlamidia Trachomatis

کلامیدیا یک پارازیت داخل حجروی اجباری بوده و از جمله امراض مقاربتی می باشد.

اعراض و علایم

- سرویسیت ایجاد شده توسط این میکروب اکثر بدون علامت است

-ترشحات مخاطی چرکی اندوسرویکال

- عنق رحم شکنند و با تماس خونده

- خونریزی بعد از مقاربت

- خونریزی غیر منتظره در وقت گرفتن سوب از عنق

تشخیص: تشخیص مریضی بر اساس کلینیک مرض و NAATS (nucleic acid amplification) و Microtrak Direct Smear Immunoflorecence گذاشته می‌شود.

عوارض

- سلپنژیت و بیماری التهابی حوصله که منجر به انسداد لوله های رحمی و عقامت و یا حمل خارج رحمی می‌شود.

- perihepatitis که سندروم fitz huge Curtis نیز نامیده می‌شود که التهاب کپسول کبد و صفاق مجاور آن است.

- انتقال مریضی از مادر به طفل که سبب conjunctivitis، پنومونی کلامیدیایی و التهاب گوش متوسط می‌گردد.

- عفونت کلامیدیایی در بارداری یک فکتور خطر برای زایمان زودرس، تاخر رشد داخل رحمی (IUGR) و عفونت دوره نفاسی می‌باشد.

تداوی

- ازیترومایسین یک گرام خوراکی دوز واحد یا

– داکسی سیکلین ۱۰۰ ملی گرام ۲ بار خوراکی در روز برای ۷ روز همراه با ceftireaxon 250 mg IM یـک دوز واحد و یا cefixime ۴۰۰ ملی گرام خوراکی دوز واحد

رژیم های جایگزین

۱–اریترومایسین ۵۰۰ ملی گرام خوراکی ۴ بار در روز برای ۷ روز

۲– levofloxacine ۵۰۰ ملی گرام خوراکی یکبار در روز بری ۷ روز

یا

۳– ofloxacine ۲۰۰ ملی گرام دوبار در روز برای ۷ روز

۴– در زمان بارداری اموکسی سیلین ۵۰۰ ملی گرام ۳ بار در روز برای ۷ روز

Candidial vulvovaginitis

Candidiasis یا moniliasis یا برفک مریضی است که توسط کاندیدیا البیکانس ایجاد می شود و این میکروب در مهبل ۲۰ – ۵۰٪ زنان بطور سپروفیت وجود دارد.

عوامل متعددی سبب افزایش کاندیدیا می‌شود که عبارتند از

– حاملگی

– مصرف قرص‌های ضد بارداری با استروژن بالا

– مصرف انتی بیوتیک‌ها

– دوا های ایمیونوسپروسیف

– دیابت کنترول نشده

اعراض و علایم

– شایعترین علامت مریضی خارش فرج ومهبل و سپس سوزش می با شد.

- ترشحا ت مهبل بصورت تکه های سفید رنگ بسیار غلیظ پنیری و اغلب بوی ترشیدگی دارد.

- ممکن مقاربت دردناک و سوزش ادرار نیز وجود داشته باشد.

- مهبل ملتهب و اذیمایی و به جدار آن ترشحات چسپیده غلیظ سفید رنگ موجود می‌باشد.

- در همسر زن مبتلا نیز Rash های اریتیماتوز و گذرا با خارش و سوزش چند دقیقه تا چند ساعت بعد از نزدیکی ممکن موجود باشد.

تشخیص: در التهاب مهبلی کاندیدیایی PH مهبل طبیعی (۳٫۸– ۴٫۵) بوده و آسانترین روش تشخیص تهیه لام مرطوب بوسیله محلول KOH ۱۰٪ و مشاهده hyphea و اسپور در زیر میکروسکوپ می باشد. همچنین از کشت در مجیط Nickerson یا sabouraud agar میتوان استفاده کرد.

تداوی

۱- مراعات حفظ الصحه فردی و تداوی دیابت

۲- ketoconazole ۲۰۰ ملی گرام دوبار در روز دو روز

۳- یا fluconazole ۱۵۰-۳۰۰ ملی گرام خوراکی دوز واحد و در واقعات مقاوم تداوی ۳-۵ روز ادامه داده شود

۴- استفاده از کرم ها یا تابلیت های موضعی clotrimazole برای ۷ روز یا Nystatine مهبلی برای ۱۴ روز یکبار در روز

۵- در صورت عود متکرر مرض:

- تابلیت ketoconazole ۱۰۰ ملی گرام روزانه هفته یکبار برای ۶ ماه

- fluconazole ۱۰۰-۱۵۰ ملی گرام هفته یکبار یا ماه یک بار

- تابلیت های مهبلی ۱۰۰ ملی گرام در هفته یا ۵۰۰ ملی گرام در ماه

Atrophic vaginitis

اینوع vaginitis در زمان بعد از یائسگی در اثر کمبود استروژن ایجاد می شود و هم در زمان حاملگی و شیر دهـی از اثر کاهش استروژن و غلبه پروژسترون نیز بوجود می آید. غشای مخاطی مهبل نازک خشک و آسیب پـذیر بـوده وبـا کاهش استروژن ، نسج کولاژن قسمت های حمایت کننده حوصله نیز کاهش می‌یابد.

اعراض و علایم ان مقاربت دردناک، خشکی مهبل، خارش و خونریزی غیر طبیعی است.

تداوی: تطبیق استروژن بشکل سیستمیک و موضعی می‌باشد، اما شکل موضعی نظر به جذب نامنظم استفاده طولانی مدت آن سبب مشکلات سیستمیک می شود. در صورت مضاد استطباب استروژن از لوبریکانت های مهبلی مـی تـوان استفاده نمود.

(HIV) Human Immunodeficiency Virus

HIV یک رتروویروس با RNA یک رشته‌ای بوده که به گیرنده های CD4 هدف وصل مـی‌شـود و بـه ژنـوم میزبـان می‌پیوندد. HIV با یک سندروم ویروسی حاد شروع شده وبه یک مریضی مزمن تبدیل می‌شود، و سـر انجـام بـه یـک بیماری نقص ایمینی تهدید کننده حیات بنام AIDS پیشرفت می‌کند. در مریضان که تداوی نشده اند زمان بین شـروع عفونت و ایجاد ایدز از چند ماه تا چند سال و بطور متوسط ۱۱ سال متفاوت می باشد.

طرق انتقال

– تماس جنسی غیر مصئون با شخص آلوده

– مواجهه به خون یا مایعات بدن شخص الوده از طریق جلد مجروح ونقل الدم

– از مادر آلوده به جنین یا نوزادش در زمان حاملگی، ولادت و شیردهی

❖ HIV از طرق زیر انتقال نمی کند.

– کار کردن در یک محیط با شخص مریض

– دست دادن

- بغل کشی

- بوسیدن با دهان بسته

- استفاده از حوض های آب بازی

- استفاده از تشناب های عمومی

- از طریق هوا، غذا وپشه

اعراض و علایم

اعراض و علایم در ماه های ابتدایی بعد از عفونت مشابه به مونونوکلئوز است و با تب، کاهش وزن، تعرق شبانه، فارنژیت، lymphadinopaty خارج تناسلی و rash های ماکولوپاپولرسرخ که این سندروم ظرف چند هفته از بین می رود و مریض بدون علامت می شود. مریض الوده سر انجام به سمت ایدز پیشرفت می‌کند. سرکوب ایمینی ادامه می‌یابدو درگیری سیستمیک شدیدترو گسترده تر می‌شود. و عفونت های فرصت طلب مثل توبرکلوز، پنومونی باکتریایی، توکسوپلازموز، سرطان مهاجم سرویکس و هرپس مزمن ممکن اتفاق بی افتد.

پس ایدز یک فرد آلوده با HIV بایک عفونت فرصت طلب خاص مثل پنومونی پنوموسیستیس کارینی، توکسوپلاسموزCNS، انسفالوپاتی، سندروم کاهش وزن، پیشرفت سریع سرطان سرویکس با تعداد لمفوسیت CD4 کمتر از ۲۰۰ در میکرولیترمی‌باشد

تشخیص مریض بوسیله تست انتی بادی صورت می گیرد و PCR وتعین تعداد CD4 در تعین سطح فعالیت بیماری مفید است.

تداوی مریضی توسط ادویه انتی رتروورایرال صورت می گیرد.

خلاصه فصل پنجم

-**Herpes simplex** یک عفونت مزمن ویروسی است که توسط دو نوع ویروس **HSV1- HSV2** ایجاد می شود.

– صورت کلاسیک مریضان با ضایعات ulcerative یا vesicular درد ناک تناسلی مراجعه می کنند. این ضـایعات در بسیاری از مریضان وجود ندارد. ، عنق رحم در حدود ۸۰–۹۰ فیصد واقعات مصاب می شود. انتشار ضایعات در جلد باسن و ران نیز دیده می‌شود. ضایعات ظرف یک هفته بهبود کسب می کند.

- تداوی آن - Acyclovir ۴۰۰ ملی گرام خوراکی ۳ بار و یا Acyclovir ۲۰۰ ملی گرام خوراکی ۵ بار در روز برای ۷–۱۰ روز و تداوی شرکای جنسی

Condyloma acumenata یا زگیل مقاربتی عامل مریضی HPV نوع ۶ و ۱۱ بوده بعضاً نوع ۱۶ و ۱۸ نیز با شـیوع کمتر سبب مریضی می شود. از جمله امراض مقاربتی است.

–مریضی با ضایعا ت بشکل پلاک ها یا نودول های متعدد با رنگ روشن یا تیره و سطح ناصاف وشیار دار مشابه گل کلم در ناحیهء تناسلی داخلی و خارجی تظاهر می کن

– در ضایعات کمتر از ۲ سانتی متر و افراد غیر حامله استفاده از محلول موضعی podophyllin (انتی میتوتیک) ودر ضایعات بزرکتر از ۲ سانتی و نزد خانم های حامله و ضایعات مهبل و عنق از Trichloroaceticacid یا Dichloroaceticacid ، کرایوتراپی یا لیزر استفاده می شود.

Trichomoniasis –

– تریکوموناز توسط Trichomonias vaginalis ایجاد می شود و از جمله مریضی های STD می باشد. همچنین این عفونت سبب ولادت پره ترم، تمزق زود رس غشای امنیون و انتانات عنق رحم و اندومتر بعد از جراحی می شود.

– اعراض و علایم عمده مریضی عبارت از ترشحات زرد مایل به سبز کف آلود و بد بو، خارش و سوزش فرج، سـوزش ادرار و مقاربت درد ناک می باشد اما ۱۵–۵۰ ٪ مریضان بدون علامت اند.

در معاینه مهبلی در عنق رحم علامت straw berry cervix دیده می‌شود.

– تداوی آنمترونیدازول خوراکی ۲ گرام دوز واحد یا تینیدازول ۲ گرام خوراکی دوز واحد ویا مترونیدازول ۵۰۰ ملی گرام خوراکی دو بار در روز برای ۷ روز

–گونوره از جمله شایعترین مریضی های مقاربتی می‌باشد. عامل مریضی نایسریا گونوکوک است. احتمال انتقال از مرد به زن ۸۰–۹۰ ٪ و از زن به مرد ۲۵ ٪ بعد از هر نزدیکی است. شایعترین محل مصابیت در زنان اندوسرویکس است اما می‌تواند احلیل، مقعد و حلقوم را نیز مصاب نماید.

– اکثر موارد آلودگی با گونوکوک بدون علامت بوده و موارد علامت دار آن بصورت ترشحات چرکی زردرنگ آبگین، دیسیوری و خونریزی غیر طبیعی رحمی تظاهر می‌کند.

– به مریض آموزش داده شود که به مدت ۷ روز بعد از شروع درمان از مقاربت جنسی خود داری کند.

– تداوی آندر صورتیکه عفونت کلامیدیایی رد نشده باشد باید رژیم تداوی با Doxycycllin و یا ازیترومایسین همراه شود. در صورت عفونت بدون عارضه – seftireaxon 250 mg IM singal doseیا sifixime 400 mg singal dose همراه با Azithromycin 1g singal dose

کلامیدیا از جمله امراض مقاربتی می باشد.

– سرویسیت بدون علامت ،ترشحات مخاطی چرکی اندوسرویکال ،عنق رحم شکنند و با تماس خونده ، خونریزی بعد از مقاربت ،خونریزی غیر منتظره در وقت گرفتن سوب از عنق

– ازیترومایسین یک گرام خوراکی دوز واحد یا داکسی سیکلین ۱۰۰ ملی گرام ۲ بار خوراکی در روز برای ۷ روز همراه با ceftireaxon 250 mg IM یک دوز واحد و یا cefixime ۴۰۰ ملی گرام خوراکی دوز واحد

-Candidiasis یا moniliasis یا برفک مریضی است که توسط کاندیدیا البیکانس ایجاد می شود و این میکروب در مهبل ۲۰ – ۵۰٪ زنان بطور سپروفیت وجود دارد.

عوامل چون حاملگی ، cocبااستروژن بالا، انتی بیوتیک‌ها ، دوا های ایمیونوسپروسیف و دیابت کنترول نشـده سـبب افزایش کاندیدیا می‌شود .

– شایعترین علامت مریضی خارش فرج ومهبل و سپس سوزش می با شد. ترشحا ت مهبل بصورت تکه های سـفید رنگ بسیار غلیط پنیری و اغلب بوی ترشیدگی دارد.

–تداوی شاملمراعات حفظ الصحه فردی و تداوی دیابت، ketoconazole ۲۰۰ ملی گرام دوبار در روز دو روز

یا fluconazole ۱۵۰–۳۰۰ ملی گرام خوراکی دوز واحد و در واقعات مقاوم تداوی ۳–۵ روز ادامه داده شود .

Atrophic vaginitisدر زمان بعد از یائسگی در اثر کمبود استروژن ایجاد می شود و هم در زمان حاملگی و شیر دهی نیز بوجود می آید. **اعراض و علایم ان مقاربت دردناک، خشکی مهبل، خارش و خونریزی غیر طبیعی است.** تداوی آن تطبیق استروژن بشکل سیستمیک و موضعی می‌باشد.

-HIV یک رتروویروس با RNA یک رشته‌ای بوده که به گیرنده های CD4 هدف وصل می‌شود و سر انجام بـه یـک بیماری نقص ایمینی تهدید کننده حیات بنام AIDS پیشرفت می‌کند. در مریضان که تداوی نشده اند زمان بین شـروع عفونت و ایجاد ایدز از چند ماه تا چند سال و بطور متوسط ۱۱ سال متفاوت می باشد.

- اعراض و علایم در ماه های ابتدایی بعد از عفونت مشابه به مونونوکلئوز است و با تـب، کـاهش وزن، تعـرق شبانه، فارنژیت، lymphadinopaty خارج تناسلی و rash های ماکولوپاپولرسرخ که ایـن سـندروم ظـرف چند هفته از بین می رود پس ایدز یک فرد آلوده با HIV بایک عفونت فرصـت طلـب خـاص مثـل پنومـونی پنوموسیستیس کارینی، توکسوپلاسموزCNS، انسـفالوپاتی، سـندروم کـاهش وزن، پیشـرفت سـریع سـرطان سرویکس با تعداد لمفوسیت CD4 کمتر از ۲۰۰ در میکرولیترمی‌باشد
- تداوی مریضی توسط ادویه انتی رتروایرال صورت می گیرد.

فصل ششم

امراض عنق رحم

پولیپ سرویکس

از اپیتیل اندو سرویکس و هم از اکتوسرویکس منشاء می‌گیرد بیشتر در زنان مولتی پارا و سنین ۴۰-۵۰ سالگی دیده می‌شود. اکثر منفرد می‌باشد. پولیپ یا ا زعفونت مزمن عنق ویا در اثر تحریک هورمونی ایجاد می شود.

علامت کلاسیک مریضی لکه بینی و خونریزی بعد از مقاربت و یا خونریزی بین قاعدگی و بعضاً Lucorrhea می‌باشد.

در معاینه مهبلی به صورت یک برآمدگی نرم، صاف، سرخ رنگ شبیه انگشت و شکنند دیده می‌شود. تشخیص مریضی توسط معاینه میکروسکوپیک صورت می‌گیرد.

تداوی مریضی polypectomy بوده و ذنب آن باید کوترایزیشن شود. در صورت نیاز به هسترکتومی باید بین پولیپکتومی و هسترکتومی چند هفته تا چند ماه فاصله باشد چون خطر پریتونیت حوصلی وجود دارد.

سرویسیت cervicitis

به التهاب مخاط و تحت مخاط عنق سرویسیت گفته می‌شود.

عامل مریضی اکثراً کلامیدیا و نایسریا گونوره است اما عوامل دیگر چون واژینوزباکتریال، تریکوموناس واژینالیز، استرپتوکوک گروپ B، گاردنلا و مایکوپلازما نیز ممکن در آن دخیل باشند. امروزه کمتر سرویسیت را به شکل حاد و مزمن تقسیم می کنند.

اکثراً سرویسیت بدون علامت بوده اما علایم اصلی در شکل حاد آن عبارت از لوکوره، مقاربت عمقی دردناک، خونریزی یا لکه بینی بعد از مقاربت و متروراژی است.

در سرویسیت مزمن لوکوره به اندازه شکل حاد نیست اما علامت اصلی آنرا تشکیل می دهد. و تنگی عنق رحم بیشتر به تعقیب سرویسیت مزمن بدلیل فیبروزی شدن سرویکس دیده می‌شود. در سرویسیت مزمن درد و ضخیم شدگی در اربطه یوتروسکرال در معاینه مهبلی دیده می‌شود.

در مریضان مصاب سرویسیت مزمن برای تشخیص نوع میکروب باید کلچر و انتی بیوگرام از افرازات اگزو و اندو سرویکس صورت گیرد و همچنین pap smear جهت معاینه سایتولوژی گرفته شود.

تداوی:

۱- تداوی عامل مریضی نظر به نوع میکروب و اگر کلچر نشده باشد تداوی ضد کلامیدیا ونایسریا گونوره شروع شود.

۲- cryotherapy در مریضان مزمن به تداوی دوایی

۳- cutrization عنق رحم در عدم پاسخ به تداوی

۴- کولپوسکوپی در صورت مشکوک بودن به بد خیمی

۵- LEEP

تصویر ۱-۶ cervicitis

Nabutian Cyst

کیست های nabutian بدلیل متاپلازی اسکواموس در Transformation Zone ایجاد می‌شود. همچنین این کیست ها در اثر بسته شدن قنات های غدوات Endocervix به تعقیب التهاب و یا ندبات ایجاد می شود .

اندازه آن از اندازه میکروسکوپیک تا اندازه نخود بوده وتداوی آن دریناژ کیست است.

Cervical stenosis

از سبب باریک شدن یا تنگ شدن قنات عنق ایجاد شده شاید ولادی یا کسبی باشد. شکل ولادی آن از سبب هیپوپلازی قسمت تحتانی قنات مولرایجادشده، اما شکل کسبی آن از سبب ترومای زمان ولادت (فورسپس) ، امپوتیشن عنق، انتان ، نیوپلازی، شعاع و یا cone biopsy ایجاد می شود.

اعراض و علایم : دیسمینوره، درد حوصلی، امنوره و نازایی بوده و در زمان یائسگی سبب هماتو مترا، pyometra و hydrometra می گردد.

تشخیص: مشکل در عبور دیلاتور شماره ۱و۲ از کانال عنق و در سونوگرافی رحم بزرگتر و موجودیت مایع در جوف رحم .

تداوی : توسع عنق تحت انستیزی

و کنترول سونوگرافی . برای آماده کردن عنق از میزوپروستول استفاده میشود و یک تیوب latex برای مدتی داخل کانال عنق گذاشته میشود و در خانم های یائسه ۷ روز بعد از درناژ بیوپسی از رحم گرفته شود.

آفات خبیثه عنق

سرویکس ازاپیتلیوم استوانه ای که مجرای اندوسرویکل را پوشانده و اپتلیوم اسکواموس که اگزوسرویکس را مفروش می‌کند تشکیل شده و محل اتصال آن ها را(SCJ (scuamuse culumner - junction می‌نامند. روند میتا پلازی از این ناحیه شروع شده و ناحیه transformation را می‌سازد.

میتاپلازیا – عبارت از تحول حجرات از اپیتل استوانه ای بطرف اسکواموس از ناحیه انتقالی می‌باشد.

دیسپلازیا: به حجراتی که بزوفلیک شده، شکل و اندازه آن تغیر کرده و هسته حجرات غیر منظم وبزرگ، نسبت هسته و سایتوپلازم افزایش یافته و هیپرکروماتوز همراه با میتوز در آن دیده می شود گفته میشود. امروز بعوض دیسپلازیا از CIN استفاده می‌شود. دیسپلازیا سه درجه دارد.

CIN I – عبارت از دیسپلازیای خفیف بوده و تغییرات در ۱/۳ تحتانی لایه اپیتیل است.

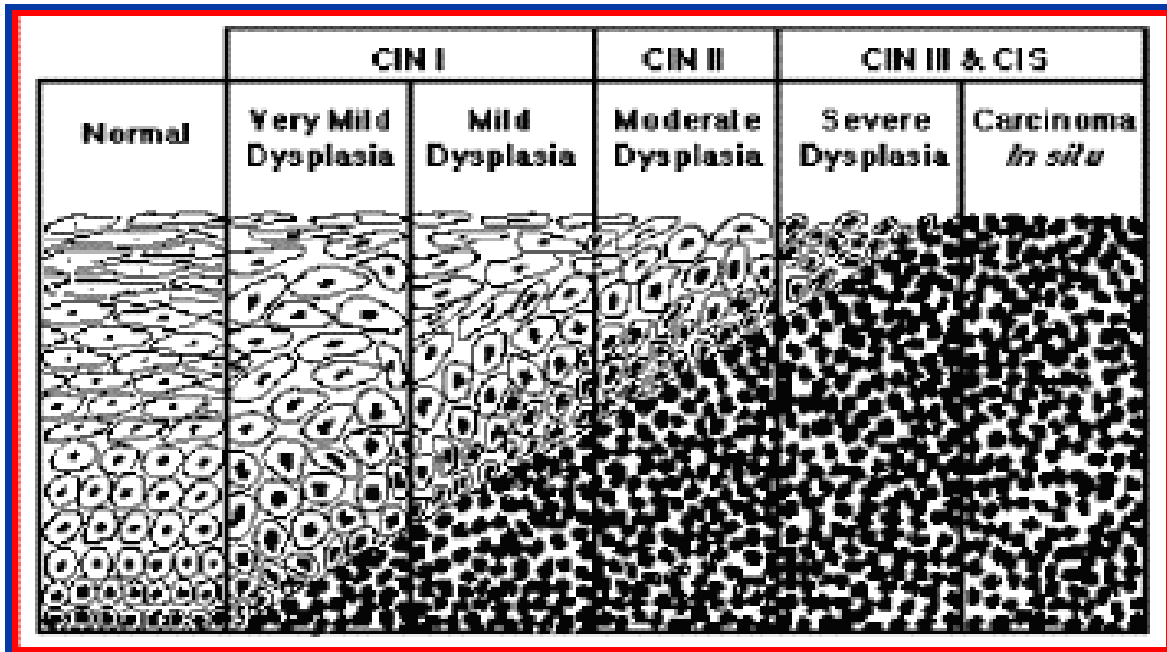
CIN II – عبارت از دیسپلازیای متوسط بوده و تغییرات اپیتل غیر طبیعی در دو سوم ضخامت تحتانی اپیتل دیده می‌شود.

CIN III – دیسپلازیای شدید دراین حالت بیشتر از دوسوم ضخامت اپیتل تغییرات غیر طبیعی نشان داده و کارسینوم Insitu گفته می‌شود.

در سیستم Bethaesda ضایعات اپیتل به LSIL معادل CIN I و ضایعاتHISL که مرتبط به CIN II و CIN III اند تقسیم می‌گردد.

اگر اسمیر غیر طبیعی باشد مشکوک به CIN می‌باشد، اما تشخیص قطعی توسط بیوپسی عنق صورت می‌گیرد.

بهبودی خودبخودی در CIN I در تعداد زیادی از مریضان رخ می‌دهد. که در این صورت باید درمان انتظاری با اسمیر های سریال در نظر گرفته شود.

ضایعات CIN II و III در صورت عدم درمان به طرف سرطان مهاجم پیشرفت می‌کند و نیاز به درمان دارد. و در این مورد تنها دو استثنا وجود دارد یکی در نوجوانان که باید از درمان انتظاری کار گرفت و دیگری خانم های حامله که باید درمان تا زمان وضع حمل به تعویق انداخته شود.

تصویر ۲-۶ درجات مختلف دیسپلازیا عنق رحم

ریسک فکتور های CIN مشابه ریسک فکتور های سرطان عنق است وعبارت اند از:

- شرکای جنسی متعدد؛

- شریک جنسی در معرض خطر (سابقه چندین شریک جنسی)

-عفونت HPV

- سیگار

- HIV، AIDS

- مولتی پاریتی

-استفاده طولانی مدت از قرص های ضد بارداری خوراکی

پیش گیری: دو واکسن HPV اخیراً توسط سازمان غذا و دارو امریکا تائید شده است. واکسن چهارگانه (Gardasil) برای نوع ۱۱، ۶، ۱۸، ۱۶ و واکسن دو گانه (Cervarix) علیه HPV ۱۸ و ۱۶.

این واکسن ها برای مردان و زنانی که قبلاً به ویروس HPV مبتلا نشده اند بیشترین تاثیر را دارد.

شواهدی وجود ندارد که واکسن در بارداری مضر باشد اما در زمان حاملگی توصیه نمی‌شود. در صورتی‌که خانم قبل از تکمیل دوره واکسن باردار شده باشد و یا قبل از آنکه بداند بار دار است واکسن شده باشد، به آن ها اطمینان داده شود و ادامه واکسن بعد از بارداری انجام شود. تجویز واکسن در دوره شیر دهی بی‌خطر است.

غربال گیری CIN و سرطان های سرویکس

۱- سیتولوژی عنق رحم: در خانم های ۲۱- ۲۹ سال هر ۳ سال یکبار و در خانم های ۳۰ سال و بالا تر باید تست HPV نیز هر ۵ سال یکبار با غربال گیری سیتولوژی انجام شود. و یا سیتولوژی تنها هر ۳سال یکبار انجام شود.

۲- تست HPV در خانم های که سن بالاتر از ۲۱ سال دارند.

۳- مشاهده در شرایط کمبود منابع: در صورت عدم دسترسی با تست های فوق از مشاهده مستقیم عنق و یا از سرویکوسکوپی با استفاده از اسید اسیتک، آیودین یا لوگل نیز جهت غربالگری استفاده می‌شود.

تداوی

CIN II و III نیاز به درمان دارد و روش تداوی نظر به وسعت مریضی، سن مریض و امکانات دست داشته قرار زیر است:

Cryosurgery: این روش مناسبی برای ضایعات کوچک Endocervix وعدم گرفتاری غدد اندوسرویکس است.

Lyser therapy: این روش در افراد جوانتر مناسب است و اسکار کمتری می‌گذارد.

Loop Elctrosurgical Excision procedure: مزیت این روش در بدست آمدن نمونه نسجی با برداشتن ضایعه است.

Cervical conization: یک روش تشخیصی و در ۷۰-۸۰٪ موارد درمانی نیز می‌باشد

سرطان عنق رحم

کارسینوم حجرات اسکواموس SCC شایعترین نوع سرطان عنق بوده و شایعترین محل آن SCJ می‌باشد. سرطان عنق در دو پیک سنی ۳۵-۳۹ سالگی و ۶۲ سالگی بیشتر دیده می‌شود. ۷۰-۷۵٪ آن ازنوع سرطان حجرات اسکواموس بوده و متباقی انواع آن ادینوکارسینوما (۲۰-۲۵درصد) و کارسنوم ادینواسکواموس (۰۳-۵٪) و کارسینوم تمایز نیافته میباشد.

ریسک فکتورها

- فعالیت جنسی مکررطی سال اول بعد از منارک

- اولین مقاربت در سن کمتر از ۱۶ سال

- شرکای جنسی متعدد

- HPV نوع ۱۶، ۱۸

- پاریتی بالا

- نژاد (زنان افریقای شمالی)

- استفاده طولانی مدت از قرص های ضد بارداری

- رابطه جنسی با مرد پر خطر

- HIV

- STD (هرپس و کلامیدیا)

- وضع اقتصادی اجتماعی پائین

اعراض و علایم

شکل کارسینوم Instu اکثر بدون اعراض بوده و با معاینه سیتولوژی تشخیص می‌شود. در مراحل دیگر شایعترین علامت عبارت از خونریزی مهبلی بوده که اکثراً بعد ا ز مقاربت بوجود آمده اما می‌تواند بشکل خونریزی نامنظم یا خونریزی بعد از منوپوز باشد. leuchorrhea معمولاً خونی یا چرکی، بد بو و بدون خارش است.

درد حوصلی یکطرفه و انشار آن به ران و ناحیه HIP، کاهش وزن، انیمی و فیستول های مهبلی مثانی از نشانه های مراحل اخیر مریضی اند.

در معاینات فزیکی در مراحل ابتدایی عنق به ظاهر نورمال به نظر می رسد. ضایعات عنق را بدو گروپ تقرحی (endophytic) وتکثری (exophytic) تقسیم می کنند. درشکل تقرحی آن عنق بشکل بشکه مانند بزرگ می‌شود (Barrel shape) و در شکل تکثری تمام عنق نمای گل کلم مانند را می گیرد. تقرحی شدن عنق تظاهر اولیه بوده که مشابه سرویسیت است اما پیشرفت مریضی با قرحه عمیق با کنار های سخت و شکنند که در سطح آن خونریزی موجود است مشخص می‌شود. در مراحل پیشرفته فورنیکس ها، کنار های مهبل و لگامنت های کاردینال و یوتروسکرال نیز در گیر شده و ضخیم و نودولر می شوند. در نتیجه عنق ثابت شده وتحرکیت آن کم می‌شود.

مرحله بندی سرطان سرویکس

مرحلهFIGO	تعریف
مرحله۰	کانسر درجا
مرحله I	کارسینوم محدود به سرویکس است
IA	کانسر فقط از طریق میکروسکوپی تشخیص می‌شود
IAI	گسترش به استروما کمتر از ۳ ملی و افقی کمتر یا مساوی ۷ ملیمتر
IA2	تهاجم به استروما بیشتر از ۳ملی متروکمتر از ۵ملیمتر و گسترش افقی بیشتر از ۷ ملی مترنیست

مرحله IB	ضایعه محدود به سرویکس ومیکروسکوپی بزرگتر از IA
IBI	ضایعه قابل مشاهده< ۴ سانتی
IB2	ضایعه قابل مشاهده >۴ سانتی
مرحله II	تومور از رحم بالاتررفته اما دیوار جانبی لگن و ۱/۳ تحتانی مهبل در گیر نیست
IIA	در کیری مهبل بدون درگیری پارامتر
IIAI	ضایعه قابل مشاهده بیشتر از ۴ سانتی نیست
IIA2	ضایعه قابل مشاهده بالینی که بیشتر از ۴ سانتی متر است
IIB	در گیری پارامتر
مرحله III	تومور به دیواره جانبی لگن گسترش یافته و / یا باعث هیدرونفروز شده و یا ۱/۳ تحتانی مهبل گسترش یافته
IIIA	درگیری ۱/۳تحتانی لگن بدون در گیری دیواره جانبی لگن
IIIB	گسترش به دیواره لگن /یا هیدرونفروز
مرحله IV	گسترش تومور فراتر از حوصله حقیقی یا به مخاط مثانه یا رکتوم
IV A	گسترش به ارگان های مجاور
IV B	میتاستاز دور دست

تداوی سرطان مهاجم عنق رحم: تداوی سرطان عنق بر اساس مرحله آن صورت می‌گیرد.

مریضی در مراحل اولیه (مرحلهI تا IIA) با هسترکتومی رادیکال با Lymphadenectomy حوصلی یا رادیوتراپی درمان شده و مراحل پیشرفته (IIB تا مرحله IV) با شیمودرمانی تداوی می‌شود. شیموتراپی برای کوچک کردن اندازه تومور قبل از جراحی نیز مفید می‌باشد.

میزان بقای ۵ ساله مریضان مبتلا به سرطان سرویکس بر اساس مرحله بندی فدریشن گاینکولوژی در مرحله اول ۹۵ در صد، در مرحله دوم ۶۹ درصد، در مرحله سوم ۴۰ درصد و در مرحله چارم ۱۵ در صد است.

خلاصه فصل ششم

- از اپیتیل اندو سرویکس و هم از اکتوسرویکس منشاء می‌گیرد بیشتر در زنان مولتی پارا و سنین ۴۰-۵۰ سالگی دیده می‌شود. اکثر منفرد می‌باشد.

– علامت کلاسیک مریضی لکه بینی و خونریزی بعد از مقاربت و یا خونریزی بین قاعدگی و بعضاً Lucorrhea می‌باشد.

– در معاینه مهبلی به صورت یک برآمدگی نرم، صاف، سرخ رنگ شبیه انگشت و شکنند دیده می‌شود. تشخیص مریضی توسط معاینه میکروسکوپیک صورت می‌گیرد. تداوی مریضی polypectomy است.

- به التهاب مخاط و تحت مخاط عنق سرویسیت گفته می‌شود. عامل مریضی اکثراً کلامیدیا و نایسریا گونوره است.

– علایم اصلی در شکل حاد آن عبارت از لوکوره، مقاربت عمقی دردناک، خونریزی یا لکه بینی بعد از مقاربت و متروراژی است. در سرویسیت مزمن لوکوره، تنگی عنق رحم ، درد و ضخیم شدگی در اربطه یوتروسکرال در معاینه مهبلی دیده می‌شود.

– تداوی عامل مریضی نظر به نوع میکروب و اگر کلچر نشده باشد تداوی ضد کلامیدیا ونایسریا گونوره شروع شود.

در مریضان مزمن به تداوی دوایی کرایوتراپی، کونیزیشن وهم شاید نیاز به کولپوسکوپی باشد.

–کیست های نبوتین در اثر بسته شدن قنات های غدوات Endocervix به تعقیب التهاب و یا ندبات ایجاد می شود .

اندازه آن از اندازه میکروسکوپیک تا اندازه نخود بوده وتداوی آن دریناژ کیست است.

- از سبب باریک شدن یا تنگ شدن قنات عنق ایجاد شده شاید ولادی یا کسبی باشد. شکل کسبی آن از سبب ترومای زمان ولادت (فورسپس) ، امپوتیشن عنق، انتان ، نیوپلازی، شعاع و یا cone biopsy ایجاد می شود.تداوی آن توسع عنق می باشد.

- سرطان عنق در دو پیک سنی ۳۵-۳۹ سالگی و ۶۲ سالگی بیشتر دیده می‌شود. ۷۰-۷۵٪ آن ازنوع سرطان حجرات اسکواموس بوده و متباقی انواع آن ادینوکارسینوما (۲۰-۲۵درصد) و کارسنوم ادینواسکواموس (۰۳-۵٪) و کارسینوم تمایز نیافته میباشد.

-شایعترین علامت عبارت از خونریزی مهبلی بوده که اکثراً بعد ا ز مقاربت بوجود آمده.

-درد حوصلی یکطرفه و انشار آن به ران و ناحیه HIP، کاهش وزن، انیمی و فیستول های مهبلی مثانی از نشانه های مراحل اخیر مریضی اند.

-در معاینات فزیکی ضایعات عنق را بدو گروپ تقرحی (endophytic) وتکثری (exophytic) تقسیم می کنند. درشکل تقرحی آن عنق بشکل بشکه مانند بزرگ می‌شود (Barrel shape) و در شکل تکثری تمام عنق نمای گل کلم مانند را می گیرد.

-تداوی مریضی در مراحل اولیه (مرحلهI تا IIA) با هسترکتومی رادیکال با Lymphadenectomy حوصلی یا رادیوتراپی درمان شده و مراحل پیشرفته (IIB تا مرحله IV) با شیمودرمانی تداوی می‌شود.

فصل هفتم

انومالی های ارگان های تناسلی

Germ cells در هفته ۶ به ناحیه تناسلی مهاجرت می‌کند و سبب انکشاف تخمه در تخمدان یا خصیه می شود. تمایز خصیه در غیاب کروموزوم Y در هفته ۸ صورت میگیرد.

ارگان های تناسلی مرد از میزونفریک یا قنات Wolffian واز خانم‌ها از قنات Mullerian منشاء می‌گیرد. در شروع ماه سوم قنات ولف، قنات مولر و تیوب های مزونفریک موجود بوده وقادر به تشکل و انکشاف جهاز تناسلی هستند.

در خانم‌ها قنات ولف دیجینریشن نموده وقنات مولر باعث تشکل ارگان‌ها می‌شود.

در مردها از اثر تولید mullarian inhibiting substance(MIS) توسط خصیه جنین قنات ولف برجسته بوده و سبب تشکل ارگان های تناسلی مردانه می‌شود.

نهایات سفلی قنات مولر در خط متوسط با هم یکجا شده و رحم و عنق رحم را می‌سازد. قسمت علوی قنات مذکور بصورت جداگانه باقی مانده و تیوب‌های رحمی را تشکیل می‌دهد. مهبل از قنات پارامزونفریک و سینوس یوروجنیتل ساخته می‌شود.

کلیتوریس در خانم‌ها و penis در مرد از genital tubercle و لبیای کوچک در خانم و penil urethra در مرد از genital fold ساخته می‌شوند.

genital swelling بزرگ شده، درخانم لبیای بزرگ و در مرد سکروتوم را می‌سازد.

انومالی های رحم

عدم موجودیت رحم: در این حالت رحم موجود نبوده یا بشکل rudimentary انکشاف نموده که قادر به اجرای وظیفه نمی باشد. این حالت اکثر با عدم موجودیت مهبل همراه است وبنام سندروم Mayer Rokitansky Hauser یاد می‌شود.

علایم کلینیکی آن شامل:

-امنوره ابتدایی

– تخمدان هادارای وظیفه نورمال

– XX۴۶ کروموزوم

– در بعضی وقایع که مهبل وجود داشته باشد نهایت آن کور یا بسته بوده و موی های ناحیه عانه کم می‌باشد.

تداوی: تداوی خاصی برای اینوع مریضان وجود ندارد.

اما چون مریضان مهبل ندارند برای اجرای فعالیت جنسی نزد مریضان مهبل ساخته می‌شود که برای ساختن مهبل دو روش وجود دارد

۱– **Frank Dilatation**: یک پروسیجر غیر جراحی بوده که در قسمت دخولی مهبل که بسته می‌باشد توسط یک توسع دهنده با افزایش فشار تدریجی و پیشرونده برای ۱۵ دقیقه دوبار در روز برای ۳–۶ ماه فشار وارد می‌نمایند. یک تعداد مریضان با این روش می‌توانند مقاربت موفقانه داشته باشند.

۲– عملیات McIndoe: عبارت از ایجاد مهبل در بین رکتوم ومثانه می باشد. ابتداء ناحیه بشکل مستعرض باز شده و بعد از کنترول خونریزی در ناحیه گرافت جلدی یا گرافت امنیون بالای یک Mould اسفنجی قرار داده شده وبرای ۳–۴ هفته داخل مهبل گذاشته می‌شود. مولد باید تعویض شود.

Fusion Anomalies: این انومالی‌ها از سبب مشکل در یکجا شدن قنات مولر دو طرف ایجاد می‌شود و انواع آن عبارتند از:

Arcuate uterus (۱۸٪): قرن های رحم جدا بوده و غور رحم مقعر معلوم می شود. جوف رحم شکل قلب را دارد.

رحم didelphys: ۸٪ انومالی ها را تشکیل داده و مشکل در عدم یکجا شدن قسمت سفلی قنات مولر است. خطر سقط۳۴٪ و ولادت پره ترم ۴۳٪ در اینوع انومالی می‌باشد

در این مریضان دو رحم و دو عنق رحم(Bicollis) وجود دارد.

ندرتاً دو مهبل وحتی دومثانه ودو احلیل نیز موجود می باشد. و گاهی اوقات دو رحم دو عنق و یک مهبل موجود می‌باشد.

تداوی این مریضان صرف در صورتی که حجاب در مهبل وجود داشته باشد برداشتن حجاب بخاطر بر طرف کردن مشکل مقاربت جنسی و ولادت مهبلی می‌باشد.

رحم یک قرنه Unicornuate Uterus: ۲۰٪ انومالی ها را تشکیل داده از اثر Agenesia و یا هیپوپلازیای یکی از قنات های مولر بوجود می‌آید. این حالت شاید به تنهایی باشد یا یکجا با قرن رودیمانتر که شاید بداخل رحم ارتباط داشته باشد یا نداشته باشد. در ۴۰٪ این مریضان انومالی کلیوی نیز وجود دارد.

در اینوع انومالی خطر سقط، ولادت پریمچور، اعتلان معیوبه، IUGR، پاره شدن رحم و حمل خارج رحمی وجود دارد.

اهتمامات در این مریضان شامل:

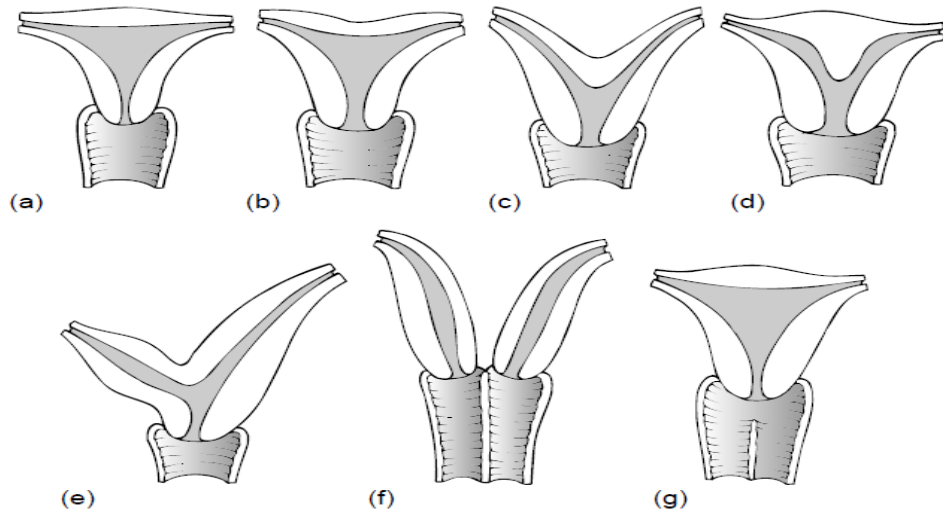
Cervical cerclage برای جلوگیری از سقط و ولادت قبل از وقت

برداشتن قرن رودیمانتر برای جلوگیری از حمل خارج رحمی و هماتومترا می‌باشد.

رحم دو قرنه یا Bicornuat: ۲۶٪ انومالی های رحم را تشکیل داده و بدو شکل است.

-bicollis bicornis در این حالت دو جوف رحم بادو عنق و با یا بدون سپتوم مهبلی

-bicornis unicollis دو قرن رحم توسط یک عنق به مهبل باز می‌شود. در این انومالی می‌تواند دو قرن آن معادل هم بوده و یا یکی بزرگتر باشد. این انومالی سبب سقط در ترایمستر دوم شده و تداوی آن جراحی وسرکلاژ در زمان حمل می‌باشد.

Septat Uteruse: در این شکل غور رحم توسط سپتوم بدوقسمت تقسیم گردیده و این شکل در حدود ۳۵٪ انومالی های رحم را تشکیل می‌دهد. فیصدی سقط در این رحم ها بلند است. تداوی آن برداشتن سپتوم توسط قیچی یا لیزر با عملیه هسترسکوپی می باشد.

تصویر ۱-۸ انواع انومالی های Fusion

(a) Normal appearance; (b) arcuate fundus with little effect on the shape of the cavity;
(c) bicornuate uterus; (d) subseptate uterus with normal outline; (e) rudimentary horn; (f) uterus didelphys; (g) normal uterus with partial vaginal septum

Hypoplastic Uterus

هیپوپلازی رحم شامل قرن رودیمانتر، عنق infantile با فوهه pinpoint می‌باشد.

در رحم هیپو پلاستیک طول رحم از فوهه دخولی تا غور کمتر از ۵ سانتی متر (۳-۵ سانتی متر) است. هیپوپلازی رحم سه درجه دارد.

درجه ۱: اندازه رحم ۱-۳ سانتی متر می باشد و نصف طول آنرا عنق تشکیل داده و قابل تداوی نمی باشد.

درجه ۲: اندازه رحم بیشتر از ۳ سانتی بوده و نسبت طول عنق و جسم رحم نیز مساوی است.

درجه ۳: اندازه رحم کمتر از ۷ سانتی بوده ونسبت عنق بر جسم ۳: ۱ می‌باشد و این شکل قابل تداوی است

اسباب هیپوپلازی رحم

- ضایعات CNS از سبب حالات تروماتیک، توکسیک، انتان، استرس و Epilipsy

- تومورهای غده نخامیه و هایپوتلاموس

– امراض مزمن کلیوی، عدم کفایه کبد، دفکت قلبی و امراض اندوکرین

تشخیص: تشخیص توسط سونوگرافی و MRI صورت می‌گیرد.

نقاط تشخیصیه در سونوگرافی

- فاصله بین دو قرن کمتر از ۲سانتی متر
- فاصله بین فوهه دخولی عنق تا غور بین ۳–۵ سانتی متر
- ضخامت رحم و طول جوف رحم کاهش یافته می‌باشد.
- در رحم infantile ارتباط بین طول عنق وجسم رحم ۱: ۱ یا ۲: ۱ بوده اما در رحم هیپوپلاستیک ۱: ۲ می باشد.

قرن رودیمانتر غیر وظیفوی بوده اگر کانال نداشته باشد کدام مشکلی ایجادنمی‌کند بعضاً با فیبروم رحمی مغالطه شده و همچنین در جریان ولادت سبب انسداد ولادت می‌شود.

قرن رودیمانتر که جوف اندومتر داشته باشد سبب هماتومترا، اندومتریوز و حمل خارج رحمی و ندرتا تدور می‌شود بناً برای جلوگیری از مشکلات فوق بهتر است که قرن رودیمانتر کشیده شود.

Agenesis Cervical

عدم موجودیت عنق رحم چون یک انومالی قنات مولر است بنابر این نزد این خانم ها قسمت علوی مهبل نیز وجود ندارد، اما رحم بصورت درست انکشاف می نماید.

این خانم مثل دیگر انومالی های انسدادی اعراض و علایم چون امنوره، درد های پریودیک بطنی و در صورت موجودیت اندومتر رحم در اثر خونریزی ماهانه جوف رحم بزرگ شده و از سبب عبور خون عادت ماهوار به شکل Retrograde بداخل جوف بطن سبب اندومتریوز نیز می گردد.

بعضی از مریضان همراه با عدم موجودیت عنق رحم دارای hemiuterus می باشند.

تشخیص این مریضان توسط رادیوگرافی، سونوگرافی و MRI صورت می گیرد.

تداوی این انومالی بخاطر جلوگیری از خونریزی های داخل بطنی و اندومتریوز هسترکتومی می باشد، ایجاد کانال اندوسرویکس و مهبل هم ازسبب التهابات و مسدود شدن دوباره موفقانه نبوده است. در مریضان که به عملیات موافقه

ندارند به خاطر جلوگیری از خونریزی از انتاگونیست یا اگونیست های GnRH و یا contraceptive استفاده می شود. حاملگی موفقانه نیز در مریضی با این انومالی از طریق انتقال زایگوت بداخل تیوب رحمی راپورداده شده است.

انومالی Hymen

منفذ پرده بکارت درحیات داخل رحمی ایجاد شده اما انومالی های مختلف آن وجود دارد که شامل:

Imperforate,Microperforate,Annular, Septed, cribriform, naviculate می باشد.

شکل Imperforate آن ۱ در ۱۰۰۰ یا ۲۰۰۰ واقعه بوده که در این شکل نهایت سفلی مهبل مسدود میباشد. در دوران طفولیت مخاط تولید شده تحت تاثیر استرادیول مادر سبب برآمده شدن فوهه خروجی مهبل در نوزاد شده که بنام Hydro/Mucocolpuse یاد می گردد که اکثراً بدون علامت بوده اما بعضاً و بعد از کاهش سطح استروژن افراز مخاط قطع شده و افرازات جمع شده در ناحیه جذب می شود.

بعد از بلوغ در هر سیکل عادت ماهوار خون در خلف پرده بکارت جمع شده و سبب یک برآمده گی بنفش رنگ در فوهه خروجی مهبل گریده و با جمع شدن مقدار بیشتر خون مهبل متوسع شده وبنام Hematocolpos یاد می گردد وبعداً خون درجوف رحم جمع شده که Hematometra را می سازد، بعداً به ترتیب Hymatosalpinx و Hymatoperiton ایجاد شده و این ریختن خون در جوف بطن سبب تشکل اندومتریوز می گردد.

مریض از امنوره، درد های دوره ای، بطن حاد، و مشکلات در فعل تبول و تغوط شاکی می باشد.

تداوی آن hymenectomy و تخلیه می باشد. از needle aspiration باید استفاده نشود چون سبب انتان و دوباره تشکل آن می گردد.

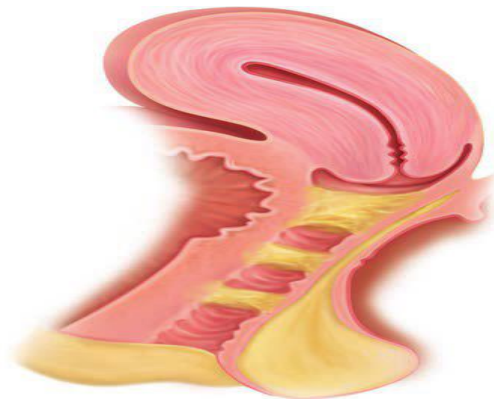
حجاب مستعرض و طولی مهبل

حجاب مستعرض مهبل ۱ در ۷۰۰۰۰ واقعه بوده و از سبب عدم یکجا شدن قنات مولر ایجاد می شود. در این انومالی خون در خلف آن جمع شده واعراضی مثل پرده بکارت غیر مثقوبه را ایجاد می کند. این حجاب می تواند در قسمت علوی، متوسط یا سفلی مهبل باشد. ضخامت حجاب مستعرض معمولاً یک سانتی متر است اما در برخی موارد تا ۵–۶ سانتی متر نیز می رسد.

درخانم جوان با امنوره طولانی مدت و موجودیت کتله در بطن باید به فکر حجاب مستعرض و یا پرده بکارت غیر مثقوبه بود. همچنین در حجاب های قسمت علوی در مریضانی که ازدواج کرده اند عنق رحم جس نمی گردد. بهترین معاینه هم برای تشخیص و هم برای تعیین موقعییت و ضخامت حجاب MRI بوده و هم با این روش تشخیصیه می توان دریافت نمود که عنق رحم وجود دارد یا خیر.

تداوی آن در صورتیکه رحم و عنق رحم موجود باشد برداشتن حجاب و در حجاب های ضخیم باید ناحیه برداشته شده گرافت گردد.

حجاب طولی می تواند قسمی یا کامل باشد. حجاب طولی اکثر با دو عنق ودو رحم دیده می شود. در برخی موارد حجاب طولی همراه با سوء شکل anorectal و کلیه می باشد.

شکایت عمده مریضان با این انومالی مشکلات در مقاربت جنسی می باشد. در بعضی موارد با حجاب طولی یک طرف مهبل بسته بوده و مریض با وجود خونریزی منظم ماهانه کتله حوصلی قابل جس نیز دارد. در شکلی که بندش در مهبل یا عنق وجود نداشته باشد از تداوی conservative تا زمانی که مقاربت دردناک ایجاد نشود استفاده می شود. تداوی جذری این انومالی برداشتن حجاب توسط عملیه جراحی است.

تصویر ۲-۸ حجاب مستعرض مهبل (ویلیمز ۲۰۱۶۹)

انومالی‌های تخمدان

۱- Agenesis: عبارت از عدم موجودیت مکمل تخمدان است

۲- Gonadal dysgenesis (Turner syndrome) عبارت از دیس ژنیزی گونادی بوده وخصوصیات سندروم ترنر عبارتند از:

– امنوره

– گردن پهن یا حجاب دار

– افزایش زاویه ساعد وبازو و ران وساق پا

– قفسه صدری سپر مانند

– کوارتیشن ابهر

– دفکت سیستم جمع کننده کلیه

– تخمدان های خطی

– سرحد رویش موی ها در خلف گردن پائینتر قرار دارد

– کور رنگی

– کاهش حس شنوایی

تداوی این مریضان دادن هورمون استروژن برای ایجاد عادت ماهانه و همچنین دادن پروجسترون برای جلوگیری از هیپرپلازی اندومتر بوده و برای رشد مریض باید از هورمون رشد استفاده شود

۳– عدم نزول تخمدان در حوصله: عدم نزول تخمدان ها نادر بوده واکثرا با عدم موجودیت سیستم مولر و یا رحم یک قرنه همراه است. عدم نزول تخمدان ها مانند عدم نزول خصیه ها خطر خباثت را دارد.

۴– هرمافرودیت حقیقی: مریضی نادر بوده که نسج گوناد مذکر ومونث هردو در این مریضان موجود است و ژنوتیپ های XX و XY در این مریضان دیده می‌شود دو سوم مریضان عادت ماهانه می‌شوند وآن‌های که کروموزوم Y دارند عادت ماهوار نمی شوند.

خلاصه فصل هفتم

- ارگان های تناسلی مرد از میزونفریک یا قنات Wolffian واز خانم‌ها از قنات Mullerian منشاء می‌گیرد.

- عدم موجودیت رحم: در این حالت رحم موجود نبوده یا بشکل rudimentary انکشاف نموده که قادر به اجرای وظیفه نمی باشد. این حالت اکثر با عدم موجودیت مهبل همراه است وبنام سندروم Mayer Rokitansky Hauser

یاد می‌شود. امنوره ابتدایی علامت عمده آن بوده و تداوی خاصی برای اینوع مریضان وجود ندارد. اما چون مریضان مهبل ندارند برای اجرای فعالیت جنسی نزد مریضان مهبل ساخته می‌شود.

- **رحم یک قرنه**۲۰٪ انومالی ها را تشکیل داده در اینوع انومالی خطر سقط، ولادت پریمچور، اعتلان معیوبه، IUGR، پاره شدن رحم و حمل خارج رحمی وجود دارد. Cervical cerclage برای جلوگیری از سقط و ولادت قبل از وقت

برداشتن قرن رودیمانتر برای جلوگیری از حمل خارج رحمی و هماتومترا شامل منجمنت این مریضان می‌باشد.

- رحم دو قرنه در این حالت دو جوف رحم بادو عنق و با یا بدون سپتوم مهبلی ویا دو قرن رحم توسط یک عنق به مهبل باز می‌شود. این انومالی سبب سقط در ترایمستر دوم شده و تداوی آن جراحی وسرکلاژ در زمان حمل می‌باشد.

- در شکل epteds غور رحم توسط سپتوم بدوقسمت تقسیم گردیده و این شکل در حدود ۳۵٪ انومالی های رحم را تشکیل می‌دهد. فیصدی سقط در این رحم ها بلند است. . تداوی آن برداشتن سپتوم توسط قیچی یا لیزر با عملیه هسترسکوپی می باشد.

-در رحم هیپو پلاستیک طول رحم از فوهه دخولی تا غور کمتر از ۵ سانتی متر (۳-۵ سانتی متـر) اسـت. هیپـوپلازی رحم سه درجه دارد. درجه ۱ اندازه رحم ۱-۳ سانتی متر می باشد و نصف طول آنرا عنق تشکیل داده و قابـل تـداوی نمی باشد. درجه ۲ اندازه رحم بیشتر از ۳ سانتی ودرجه ۳ اندازه رحم کمتر از ۷ سانتی بوده ونسبت عنق بر جسـم ۳: ۱ می‌باشد و این شکل قابل تداوی است.

- عدم موجودیت عنق رحم یک انومالی قنات مولر است اعراض و علایم چون امنوره، درد های پریودیک بطنی بوده و سبب اندومتریوز نیز می گردد. تداوی این انومالی بخاطر جلوگیری از خونریزی های داخل بطنی و اندومتریوز هسترکتومی می باشد،. حاملگی موفقانه نیز در مریضی با این انومالی از طریق انتقال زایگوت بداخل تیوب رحمی راپورداده شده است.

- حجاب مستعرض مهبل از سبب عدم یکجا شدن قنات مولر ایجاد شده واعراضی مثل پرده بکارت غیر مثقوبه را ایجاد می کند. این حجاب می تواند در قسمت علوی، متوسط یا سفلی مهبل باشد. تداوی آن در صورتیکه رحم و عنق رحم موجود باشد برداشتن حجاب و در حجاب های ضخیم باید ناحیه برداشته شده گرافت گردد.

–حجاب طولی می تواند قسمی یا کامل باشد. حجاب طولی اکثر با دو عنق ودو رحم دیده می شود. تداوی جذری این انومالی برداشتن حجاب توسط عملیه جراحی است.

– انومالی تخمدان شامل عدم موجودیت تخمدان، دیسژنیزیا، عدم نزول تخمدان در حوصله و هرمافرودیت حقیقی است.

فصل هشتم

Maleposition of Uterus

رحم یک عضو نسبتاً متحرک بوده که عنق رحم در قسمت سفلی حوصله تثبیت است اما غور آن متحرک می باشد و به قدام و جنب آزادانه حرکت می کند. مهمترین maleposition رحم عبارت از Retroversion رحم یا خم شدن رحم به خلف می باشد، اما Retroversion /incarceration و Tursion رحم نیز دیده می شود.

Retroversion Of Uterus

این اصطلاح زمانی گفته می شود که محور طولی جسم و عنق رحم در یک خط قرار گرفته و به طرف خلف در ارتباط با محور طولی قنات ولادی تدور نموده باشد.و retroflexion عبارت از خم شدن جسم رحم بطرف خلف بالای عنق رحم در اذای فوهه داخلی عنق است.

در طبابت امروزی Retroversion رحم یک حالت طبیعی بوده و از هر ۵ خانم صحتمند ۱ خانم دارای رحم retroverted می باشند. Retroversion دارای سه درجه می باشد.

درجه ۱–فوندوس عمودی بوده و در مقابل پرومانتوریوم قرار دارد.

درجه ۲– فوندوس رحم در حفره سکرال قرار گرفته اما پائینتر از فوهه داخلی نیست.

درجه ۳– فوندوس در تحت فوهه داخلی قرار دارد.

اسباب: اسباب آن developmental defect یا کسبی می باشد.

developmental defect: رحم ریترووِرت در جنین و نو جوانان معمول است. دفکت در رشد سبب کاهش تون عضلی می شود .و رحم به همان وضعیت طفولیت باقی می ماند.که اکثراً با مهبل کوتاه یکجا وجود دارد.

کسبی

- Endometriosis و چسپندگی ها
- تومور های که وضعیت و شکل رحم را تغییر می دهد
- تومور تخمدان
- فیبروم رحمی
- سندروم احتقان حوصلی
- سندروم Allen-Master (نقص رباط عریض و یا عجزی)
- پرولپس رحم
- دوران نفاسی از سبب کشش لگامنت ها

اعراض و علایم: اعراض و علایم در خانم های غیر حامله خفیف بوده و درد های حوصلی و اعراض شدیدتر نمایانگر پتالوژی ضمیمه ای می باشد. بعضی اعراض وعلایم قرار زیر است:

- ناراحتی حوصله، احساس فشار و درد
- تشوش عادت ماهوار
- مقاربت دردناک
- سقط و نازایی
- قبضیت
- مشکل در تبول و احتباس ادرار
- سندروم احتقان حوصلی

علایم فزیکی

معاینه مهبلی – عنق رحم به قدام وجلو قرار دارد و جسم رحم در فورتکس خلفی جس می شود. تعین اندازه رحم مشکل است و. باید معاینه مهبلی به مثانه خالی برای دریافت ارتباط بین محور عنق و مهبل صورت گیرد.

معاینه با سپیکولوم– در این معاینه عنق رحم به آسانی نمایان شده و فوهه خارجی به جلو متوجه می باشد.

معاینه مقعدی – تائید کننده تشخیص می باشد.

تداوی: شامل تطبیق پساری و یا جراحی است.

پساری

فعلاً استفاده وسیع ندارد اما در حالات زیر استفاده می شود

- بصورت امتحانی دیده شود که اعراض با پساری بهتر می شود یا خیر
- در واقعات عدم بازگشت رحم
- در حاملگی که رحم تا هفته ۱۲ به حالت اول بر نگردد.

جراحی

Retroversion بدون عرض ایجاب کدام تداوی خاصی را نمی کند. عملیات تعلیقی رحم یا Uterien suspension در واقعات اندومتریوز، در زمان عملیات باز کردن تیوب ها و به منظور عقیمی استفاده می شود. که دراین عملیات رباط گرد دو طرف به خارج از پریتوان در زیر صفاق قدامی عضله ریکتوس دوخته می شود.

شواهد در قسمت اینکه Retroversion به تنهایی سبب عقامت شود نا چیز است. در صورت موجودیت عقامت باید اسباب دیگر جستجو گردد.

Retroversion در زمان حاملگی

در این زمان ریتروورژن یک حالت نورمال بوده و در حدود ۱۰-۲۰٪ خانم ها در اوایل حاملگی رحم به حالت ریتروورژن قرار دارد. که اکثراً در هفته های ۱۲-۱۴ به حالت نورمال بر می گردد اما اگر این حالت در نیمه دوم حاملگی دوام کند سبب اختناقی شدن (incarceration) رحم می گردد که این واقعه ۱ در ۳۰۰۰ حاملگی اتفاق می افتد. فکتور های مساعد کننده اختناق رحمی شامل:

multiparity، ساختمان حوصله، ضعف اربطه استنادی رحمی و سابقه اختناق رحمی میباشد.

تشخیص مریضی توسط اخذ تاریخچه مکمل، معاینات حوصلی و سونوگرافی صورت می گیرد.

اعراض و علایم رحم اختناقی

- درد بطن، فشار حوصلی و انقباضات رحمی
- Tenesmus، فشار ریکتوم و یا قبضیت

- بی اختیاری ادرار، فرکونسی، مشکلات در تبول و احتباس ادرار و در برخی اوقات خونریزی مهبلی

در معاینات فزیکی دریافت نکات زیر نشاندهندهٔ اختناق رحم می باشد:

- زاویه دار شدن شدید قدامی عنق رحم با مهبل
- جس یک کتله نرم وبدون درد در جوف دوگلاس (cul-de-sac)
- قرار گرفتن خلفی غور رحم در پشت پرومانتری سکروم

تشخیص تفریقی

رحم اختناقی از تهدید سقط، انتانات طرق بولی، فیبروم رحمی، انومالی مولرین، تومور های تخمدان و ادنکس و ابنارملتی اناتومیک رحمی باید تشخیص تفریقی گردد.

گرچه واقعات ریترو ورژن با اختناق نادر است اما در صورتی که مریض اعراض شدید داشته باشد تداوی های زیر در نظر گرفته می شود.

- وضیعت دادن مریض به حالت سجده، خواب شدن مریض به حلت prone و یا جا بجا کردن رحم به حالت اناتومیک توسط دست با یا بدون توکولایتیک و انستیزی.

- بهترین تداوی در شکل عرض دار آن عبارت از decomperation مثانه همراه با وضیعت دادن مریض به حالت سجده می باشد. در این عملیه کتیتر به مدت ۲۴-۴۸ ساعت داخل مثانه گذاشته می شود و در همین مدت به مریض گفته می شود که تمرینات قرار گرفتن به وضیعت سجده را انجام دهد.

- اگر مانور فوق موفق نشد از شکل تغییر یافته Knee- chest position استفاده می شود طوری که ابتداء شفه قدامی عنق توسط Allis گرفته شده و مریض به حالت سجده قرار داده می شود، داکتر با داخل کردن دو انگشت داخل مهبل یا رکتوم فشار بالای غور رحم وارد نموده وبا کشش متوسط عنق رحم به تدریج رحم به حالت نورمال خود بر می گردد. کشش زیاد و فشار زیاد سبب پاره شدن عنق رحم و متضرر شدن حاملگی می شود.

- در صورتیکه مانور فوق موفقیت آمیز نبود تحت انستیزی اپیدورال و توکولایتیک شفه قدامی عنق رحم را با allis گرفته و جهت توکولیز از نایتروگلیسرین. ۰,۱۵۰- ۰,۵۰۰ملی گرام به سه دوز وریدی و یا تربوتالین به مقدار ۰,۲۵۰ —۰,۱۵۰ ملی گرام تحت الجلدی تطبیق می شود بعد با انگشت از طریق مقعد غور رحم فشار داده شده وبا دست دیگر عنق رحم کش می شود. این پروسه تحت مانیتور التراسوند انجام شده و وقتیکه رحم به حالت نورمال درآمد

از مریض خواسته می شود که به حالت سجده قرار گیرد یا روی شکم خواب شود و هم می توان بعـد از جابجـا کـردن رحم پساری تطبیق گردد تا رحم به حالت نورمال باقی به ماند.

تدور رحم UTERINE TORSION

تدور رحم عبارت از چرخش رحم به زاویه بزرگتر از ۴۵ درجه بدور محور طولی رحم در زمان حاملگی می باشـد. تـدور رحم یک حادثه نادر بوده و بیشتر در حیوانات نسبت به انسان ها راپور داده شده است. کمترین سن حاملگی کـه تـدور صورت گرفته هفته ششم حاملگی بوده و موخر ترین تدور که دیده شده در ترایمستر سوم و هفتـه چهلـم بـوده اسـت. اکثریت واقعات تدور رحم با حاملگی ترم، در مرحله اول labor تشخیص داده می شود.

اسباب تدور رحم در زمان حاملگی معلوم نیست اما فکتور های مساعد کننده آن عبارتند از:

- اعتلان معیوبه (مستعرض)
- فیبروم رحمی
- انومالی مولرین
- التصاقات حوصلی
- نیوپلازم بزرگ تخمدان
- ضعف ساختمانی و زاویه دار شدن رحم بعد از سزارین
- ضعف ذاتی ارتباط بین عنق و جسم رحم
- حالات کلینکی راپور داده شده عبارتند از:
  - حرکات ناگهانی و سریع مریض
  - عنق رحم طویل وRigid
  - هیدر امنیوس
  - حوصله غیر نورمال
  - جنین hyperactive
  - چند قلویی
  - Interstitial pregnancy

اعراض و علایم

تدور رحم شاید بدون عرض باشد اما اکثر مریضان از درد بطن و مشکلات بولی و معایی شکایت دارند.

دلبدی و استفراغ، انتفاخ بطنی و Tenderness اعراض بولی مثل فوریتی ادرار، فریکونسی، Nocturia، اولیگوری و هیماچوری، تقلصات شدید و hypertonic رحم، تمزق قبل از وقت غشای امنیون، خونریزی مهبلی و حتی شاک می تواند از جمله اعراض و علایم آن باشد. تقریباً در تمام واقعات تدور رحم Obstructed Labor وجود دارد.

تشخیص

تشخیص توسط MRI صورت می گیرد اما Jensen چهار علامه وصفی مریضی را قرار زیر توضیح داده است:

۱-درزمان جراحی اگر رحم با محور طولی تدور کرده با شد، همراه با توسع برجسته اوعیه و اذیمای نسج parametrial می باشد.

۲- رباط گرد از سر بطن قابل جس است.

۳- نبضان شریان رحمی در معاینه مهبلی در قدام جس می شود.

۴-تاب خوردن مهبل و عنق رحم به طرف وحشی همراه با بیجا شدن رحم

متأسفانه تفریق اعراض و علایم تدور حاد رحم از پاره گی رحم، انفصال پلاسنتا و ولادت انسدادی مشکل است و تنها توسط لپراتومی تشخیص تفریقی صورت می گیرد.

تداوی

در صورتی که عملیات جراحی قبل از زنده شدن جنین صورت گرفته باشد، ابتداء تدور رحم بر طرف شده و بعداً در صورت امکان پتالوژی رحم و ادنکس برداشته می شود. تداوم حاملگی و پروسیجر های دیگر برای نگهداشتن رحم به حالت نورمال تا حال مشخص نیست.

اگر حاملگی در زمان ترم باشد تداوی آن سزارین است که در این عملیه نیز برخی طرفدار برش خلفی و هسترکتومی اند اما برخی دیگر چنین نظر دارند که ابتداء رحم به حالت نورمال دور داده شود و بعد برش سفلی قدامی صورت گیرد و

در اخیر رباط گرد چین داده شود تا از عود مرض در زمان نفاسی جلوگیری شود. اگر امکـان چرخانـدن وجـود نداشـت همان برش خلفی و هسترکتومی ترجیح داده می شود.

مورتالیتی مادر قبل از هفته ۲۰ تا حال راپور داده نشده اما بین ۲۰–۲۸ هفته ۱۷٪، ۲۹–۳۴ هفته ۱۰٪ و در زمـان تـرم ۹٪ راپور داده شده است.

خلاصه فصل هشتم

– در طبابت امروزی Retroversion رحم یک حالت طبیعی بوده و از هـر ۵ خـانم صـحتمند ۱ خـانم دارای رحـم retroverted می باشند. اسباب آن developmental defect ویا کسبی است.

- تشخیص در معاینه مهبلی عنق رحم به قدام وجلو قرار دارد و جسم رحم در فورتکس خلفی جـس مـی شـود. تعـین اندازه رحم مشکل است در معاینه با سپیکولوم عنق رحم به آسانی نمایان شـده و فوهـه خـارجی بـه جلـو متوجه می باشد. و معاینه مقعدی تائید کننده تشخیص می باشد.

– تداوی: شامل تطبیق پساری و یا جراحی است.

-Retroversion بدون عرض ایجاب کدام تداوی خاصی را نمی کند. تـداوی جراحـی عملیـات تعلیقـی رحـم یـا Uterien suspension می باشد.

- در حدود ۱۰–۲۰٪ خانم ها در اوایل حاملگی رحم به حالت ریتروورژن قرار دارد. که اکثراً در هفته هـای ۱۲–۱۴ بـه حالت نورمال بر می گردد اما اگر این حالت در نیمه دوم حاملگی دوام کند سبب اختناقی شدن (incarceration) رحم می گردد.

– تدور رحم عبارت از چرخش رحم به زاویه بزرگتر از ۴۵ درجه بدور محور طولی رحم در زمان حاملگی می باشد.

- تدور رحم شاید بدون عرض باشد اما اکثر مریضان از درد بطن و مشکلات بولی و معایی شکایت دارند.

– تشخیص توسط MRI صورت می گیرد و تداوی آن اگر حاملگی در زمان ترم باشد سزارین است امـا اگـر در زمـان عملیات امکان تدور وجود نداشت سزارین هسترکتومی گردد.

فصل نهم

نازائی Infertility

نازایی در زن

تعریف: به عدم باروری بدون جلوگیری و داشتن نزدیکی حد اقل یک بار در هفته در مدت یک سال (برخی منابع ۲ سال) نازائی گفته می‌شود. در صورتیکه هرگز بارداری رخ نداده باشد نازائی اولیه و اگر قبلا بارداری رخ داده باشد ثانویه گفته می‌شود. نازائی و Subfertility مترادف هم بوده اما Strelity یا عقیمی به عدم امکان حاملگی برای همیشه اطلاق می شود. مثل عدم وجود غدد جنسی واختلالات کروموزومی.

حد اکثر قدرت باروری برای زنان ومردان سنین ۲۰-۲۵ سالگی می باشد، و با افزایش سن خصوصا در زنان قدرت باروری کاهش می یابد. طوریکه قدرت باروری در زنان در سن کمتر از ۲۵ سال ۸۵٪، در سنین ۲۵-۳۰ سالگی ۷۵٪، در سنین ۳۰-۳۴ سالگی ۶۰٪ و در سنین ۳۵-۳۹ سالگی ۵۰٪ می‌باشد. در مردان نیز در سنین ۲۵ سالگی ۷۵٪ و پس از ۴۰ سالگی حدود ۲۰٪ می باشد.

فکتور دیگری که در باروری رول دارد تعداد دفعات مقاربت جنسی است یعنی در صورتیکه یک بار در هفته باشد احتمال حاملگی ۲۰٪ و اگر سه بار در هفته باشد حدود ۵۰٪ خواهد بود. بهترین زمان برای مقاربت ۱۲-۱۶ روز قبل از شروع قاعدگی بعدی بوده وبرای رسیدن به نتیجه مطلوب بهتر است یک روز درمیان باشد.

اتیولوژی

نازائی می‌تواند مربوط به یک شریک جنسی یا هردو باشد. در کل اختلال مرد ۳۰-۴۰٪، مربوط زن ۴۰-۵۰٪، اختلال در هردو ۱۰-۲۰٪ و علل ناشناخته ۵-۱۰٪ می باشد.

شرایط لازم برای باروری

۱- کمیت و کیفیت سپرم طبیعی باشد؛

۲-اسپرم بتواند از مجاری تناسلی مرد خارج شود؛

۳- مسیر ورود اسپرم به داخل لوله های رحمی باز و طبیعی باشد؛

۴- تخمدان‌ها قادر به تخمک گذاری باشند؛

۵-اسپرم قادر به بارور کردن باشد؛

۶- زایگوت قادر به رشد و جایگزین شدن بداخل رحم باشد؛

اسباب نازائی در زنان

الف- اسباب تخمدانی

I-اختلال تخمک گذاری: اختلال تخمک گذاری مسئول ۲۰-۲۵٪ نازائی (۴۰٪ علت ناباروری با فکتور زنانه) را تشکیل می‌دهد. تخمدان ها در زمان اولین تخمک گذاری ۵۰۰ هزار اووسیت دارند. یک خانم در طی سال های تولید مثل درحدود ۴۰۰-۵۰۰ تخمه آزاد می‌کند.

Oligoovulationو Anovulation اسباب عمده نازائی به علت اختلال تخمدانی می‌باشند. که علت آن اختلالات هیپوتلاموس، سندروم تخمدان پولی کستیک، هیپر پرولاکتینیمی، هیپو یا هیپر تیروئیدیزم، کم کاری یا پر کاری ادرنال و سندروم کوشنگ می‌باشد.

تائید تخمک گذاری:

۱-(Basal Body Temperation(BBT: معمولاً دو روز بعد از LH surge و یا یک روز بعد از تخمک گذاری درجه حرارت بدن بین ۰/۲ تا ۰/۵ درجه سانتیگراد افزایش می‌یابد.

۲- مونیتورینگ LH: درحدود ۲۴-۳۶ ساعت بعد از شروع موج LH و ۱۰-۱۲ ساعت بعد از حد اکثر ترشح LH تخمک گذاری رخ می‌دهد. توسط کیت های مخصوص، خود خانم می‌تواندLH خون یا ادرار خود را اندازه گیری کند.

۳- تعین پروژسترون اواسط فازلوتئال (Medluteal serum- Progesterone): مقدار پروجسترون اواسط فاز لوتئال بیش از 3ng/ml نشاندهندهٔ تخمک گذاری است.

۴- بیوپسی اندومتر: موجودیت اندومتر ترشحی در بیوپسی اندومتر نشاندهندهٔ تخمک گذاری است، اما امروزه صرف برای بررسی دفکت فاز لوتئال و نیوپلازی های اندومتر استفاده می‌شود.

۵- سونوگرافی- بزرگ شدن فولیکول و پاره شدن آن توسط سونوگرافی بررسی می‌شود. ناپدید شدن و یا تغییر فولیکول و موجودیت مایع آزاد در جوف دوگلاس تخمک گذاری را تایید می کند.

۶- مخاط عنق – مخاط عنق تحت تاثیر پروژسترون ضخیم ورنگ پریده می‌شود و شکل برگ سرخس را ندارد.

II- Luteal Phase Defect – نقص فاز لوتئال عبارت از کاهش طول مدت فعالیت جسم زرد است که توسط بیوپسی اندومتر تشخیص می شود. زمانی نقص فاز لوتئال گفته می شود، که تغییرات هستولوژیک اندومتر ۳ روز یا بیشتر از زمان بیوپسی تأخیر داشته باشد. زمان گرفتن بیوپسی ۲-۳ روز قبل از عادت ماهوار است. امروزه از این روش بندرت استفاده می‌شود.

III –Premature Ovarian fellure - نارسائی زود رس تخمدان‌ها عبارت از ناتوانی تخمدان‌ها در تولید استروژن وتخمک گذاری و افزایش گونادوترپین‌ها قبل از سن ۳۵ سالگی می‌باشد. این مریضی با افزایش گونادوتروپین‌ها مخصوصاً FSH بیش از 40miu/ml تشخیص داده می‌شود. علت مریضی ناشناخته بوده وبعضی فکتورها مثل التهاب تخمدان، مواجه شدن با شعاع، شیمی تراپی و امراض اوتوایمیون (دیابت، ادیسون، هیپر پاراتیرووییدیسم، میاستینی کراو)در ایجاد آن دخیل اند.

IV- کاهش ذخیره تخمدان- یک ارتباط معکوس بین باروری وسن خانم وجود دارد. ذخیره تخمدانی در نتیجه اتریزی فولیکلر پیشرونده در اثر اپوپتوز در ابتدای ۳۰ سالگی تسریع می‌شود و در اخیر ۳۰ سالگی و اوایل ۴۰ سالگی کیفیت فولیکول‌ها از سبب افزایش انومالی‌های کروموزومی اووسیت و حذف پیشرونده DNA میتوکاندریا کاهش پیدا می کند. که برای ارزیابی ذخیره تخمدانی تعیین FSH در روز ۲-۴ قاعدگی (اگر اندازه آن بیشتر ازIu/ml ۱۵ باشد) کمک کننده است. در خانم‌های بالاتر از ۳۵ سال از تست انهیبین –Bو هورمون انتی مولارین (AMH) استفاده می شود.

ب – اختلالات حوصله

فکتور حوصلی شامل اختلالات رحم، لوله‌ها، تخمدان‌ها و ساختمان‌های مجاور حوصلی است.

عامل لوله ای و حوصلی مسئول ۳۰-۴۰٪ موارد نازایی زنان بوده واسباب آن شامل التهاب حوصلی (PID) ، جراحی تیوب‌ها یا حوصله، چسپندگی تخمدان‌ها و لوله‌ها، نواقص ولادی و تنگی لوله‌ها واندومتریوز می‌باشد.

روش‌های ارزیابی اختلالات لوله ای:

Hysterosalpingography: این روش عبارت از بررسی حفره رحم و باز بودن لوله‌های رحم با تزریق مواد حاجب توسط کتیتر بداخل رحم می‌باشد. بهترین زمان انجام عملیه از روز ۵–۱۱ عادت ماهوار است.

در این عملیه انومالی‌های ولادی رحم، میوم‌های تحت مخاطی، چسپندگی داخل رحمی یا سندروم اشرمن، پولیپ‌های داخل رحمی و انسداد لوله‌ها مشخص می‌شود. از اختلاطات عمده آن پریتونیت و نشت ماده حاجب بداخل میومتر ودر نتیجه داخل اوعیه ودر نهایت امبولی است، که با استفاده از مواد حاجب محلول در آب این اختلالات به حد اقل می‌رسد.

مضاد استطباب مطلق آن حاملگی وPID حاد بوده ومنع نسبی آن سابقه PID، حساسیت به آیود و دستکاری‌های اخیر داخل رحمی می‌باشد.

Sonohysterogram: عبارت از سونوگرافی مهبلی به دنبال تزریق سالین بداخل حفره رحم برای بررسی باز بودن لوله‌ها و نقایص داخل رحم می‌باشد.

Laprascopy+ Chromotubation: در تشخیص علل حوصلی بخصوص اندومتریوز از حساسیت خوبی برخوردار بوده، با تزریق مواد رنگه باز بودن لوله‌ها بررسی می‌گردد. وهمچنین توسط این عملیه چسپندگی‌های حوصلی نیز بر طرف می‌گردد.

ج- اختلالات عنق رحم

فکتور عنق وقتی اهمیت دارد که پاپ سمیر غیر طبیعی، خونریزی بعد از مقاربت، کرایوترایپی، کونایزیشن و یا تماس رحم با دای ایتیل استیل بسترول (DES)وجود داشته باشد. عنق رحم با اسپیکولوم دیده شده که در صورت موجودیت نشانه‌های Cervisitis و یا تنگی عنق از اثر کونایزیشن و یا موجودیت پولیپ‌های عنق که سبب بسته شدن عنق شده باشد نیاز به بررسی دارد.

تست بعد از مقاربت امروز از اهمیت آن کاسته شده وتنها برای مریضانی انجام می‌شود که نتیجه آن در تداوی مریض تاثیر گذار باشد.

Post coital Test (PCT): هدف از PCT تشخیص تعداد اسپرم فعال در مخاط عنق و طول بقای اسپرم (به ساعت) بعد از نزدیکی است. تست باید نزدیک ovulation انجام شود. زوجین بعد از ۱ تا ۲ روز خوداری از نزدیکی،

مقاربت نموده و بعد از ۶–۸ ساعت از نزدیکی نمونه از مخاط عنق، اگزوسرویکس و اندوسرویکس گرفته شده و زیر میکروسکوپ تعداد و تحرک اسپرم بررسی می‌گردد. تست زمانی طبیعی است که در هر ساحه یا میدان میکروسکوپ به تعداد ۱۰ اسپرم موجود، ۵۰٪ اسپرم‌ها تحرکیت داشته و دارای خاصیت کشش ۸–۱۰ سانتی متر باشند.

د- اختلالات رحمی: اکثر نواقص رحمی نسبت به نازایی بیشتر سبب سقط می‌گردند. از میان عامل رحمی فیبروم های تحت مخاطی و انترامورال و سندروم اشرمن از علل نازایی می باشند که سبب مشکل در کاشته شدن نطفه می گردند. تنها میوم های قرن های رحم مشکل در انتقال اسپرم را نیز ایجاد می‌کنند.

ذ- اختلالات مهبلی: اتریزی مهبل، سپیتوم عرضی مهبل، و یا تنگی دخولی مهبل

نازائی در مرد

فکتور مردانه ۵–۴۰٪ علت نازائی را تشکیل می‌دهد. برای بررسی مرد شرح حال، معاینه فزیکی و معاینه منی در ابتداء مهم می‌باشد. اگر انالیز منی نورمال باشد می‌توان هرگونه فکتور مردانه مهم را رد کرد.

Semine Analisis: برای انالیز منی مرد باید ۲–۵ روز قبل از جمع آوری نمونه نزدیکی نداشته باشد وزمانی که نمونه گرفته می‌شود باید نمونه در ظرف یک ساعت به لابراتوار برسد.

اصطلاحات معاینات منی و مقادیر آن

Normospermia: تمام پارامترهای منی طبیعی هستند.

Oligospermia: کاهش تعداد اسپرم‌ها که بدو شکل است.

خفیف تا متوسط: ۵–۲۰ ملیون در ملی لیتر

شدید: کمتر از ۵ ملیون/ ملی لیتر

Teratozospermia: افزایش اشکال غیر طبیعی اسپرم

Oligo astino terato spermia: تمام متغیرهای اسپرم زیر مقدار طبیعی می‌باشد.

Azospermia: فقدان اسپرم در مایع منی

Aspermia: فقدان انزال یا عدم موجودیت مایع منی

Leucocytospermia: افزایش تعدا کریوات سفید در منی

Necrosospermia: تمام اسپرم‌ها مرده یا فاقد حرکت هستند.

مقادیر نورمال اسپرم یا spermatogram طبیعی قرار زیر است:

Volume – 2ml or more

Liquefaction - 30 minute

PH – 7. 2-7. 8

Count - 20million/ml or more

Motility - >50%

Morphology (WHO criteria) - >30%

//Kruger strict criteria - >14%

WBC - <1million/ml or 0-1 hpf[#]

[#] high power fild

اسباب نازایی در مرد

Varicocele– شیوع آن در مردان نازا ۳۵–۴۰٪ بوده و در ۹۰٪ موارد در طرف چپ می‌باشد. علت نازایی در این حالت عبارت از افزایش درجه حرارت، جمع شدن بعضی از هورمون های ادرنال در ورید اسپرماتیک و در نتیجه اختلال در اسپرماتوژنیز می‌باشد. بعد از عملیات ۲۵–۵۰ در صد مریضان قدرت باروری خود را بدست می‌آورند. معیار ارزیابی پاسخ به تداوی افزایش تحرک اسپرم‌ها است.

عدم کفایه خصیه: شایعترین علت عدم کفایه خصیه سندروم کلاین فلتر (ظاهر خواجه مانند، قد بلند، جهاز تناسلی خارجی طبیعی، خصیه‌هاکوچک، ژنیکوماستی، فقدان موی‌های صورت، ازواسپرمی، کاهش تستوسترون و افزایش گنادو تروپین‌ها) بوده و عوامل دیگر آن، cryptoorchidism وشیمی درمانی است.

اختلالات اندوکرین: سندروم کالمن(هیپوگونادوتروپیک هیپوگونادیزم از اثر کاهش تولید GnRh همراه با کاهش حس بویایی)، اکرومگالی، کوشینگ، هیپر پرولکتینیمی، هیپوتیروییدی وهیپرپلازی مادرزادی ادرنال ازجمله اختلالات اندوکرین بشمار می‌رود.

اختلالات انزال: Retrograd ejaculation و نا توانی در انزال از علل عمده آن است. از مشخصات واپس زدن انزال، ارگازم بدون خروج منی است که با آزمایش ادرار بعد از نزدیکی و موجودیت اسپرم در آن مشخص می‌شود.

عدم نزول خصیه Cryptorchidism: عدم نزول یکطرفه یا دو طرفه خصیه موجب نازایی می‌شود. اگر ترمیم جراحی آن قبل از سن ۳ سالگی صورت گیرد انزار بهتری دارد.

انتانات: مثل mumps, branchectasis, mycoplasma,chlamedia میتواند سبب orchitis شود.

بندش قنات Efferent : بندش قنات می تواند از سبب انتان ، ترومای زمان عملیات جراحی مثل عملیات فتق و یا به تعقیب vasectomy باشد.

مشکلات مقاربت: مثل پرابلم در نعوذ، دفکت در انزال ، هیپوسپیدیاز

ایمیونولوژیک: موجودیت انتی بادی بر ضد انتی ژن سطح اسپرم

Iatrogenic – شعاع، ادویه سایتوتوکسیک ، نیتروفورانتوئین، سایمیتدین، بیتا بلاکر، انتی دپریسانت

بررسی زوجین

اولین قدم در بررسی، گرفتن تاریخچه و معاینه دقیق زن ومرد می‌باشد.

بررسی زن: بررسی تخمه گذاری و باز بودن تیوب ها

بررسی تخمه گذاری در زن صورت گرفته، بهتر است برای تعین تخمه گذاری پروجسترون سیروم روز ۲۱ سیکل را اندازه گیری نمایم. اگر کمترین شک به تخمه گذاری موجود باشد باید TSH، پرولکتین سیروم، FSHدر روز سوم سیکل و LH نیز اندازه شود.

در صورتیکه تخمه گذاری نورمال باشد، هسترو سلپینگوگرافی جهت اطمینان از باز بودن تیوب ها و یا laprascopy +cromotubationانجام می‌شود. بعضی ها معتقد اند که تست PCT نیز صورت گیرد.

بررسی مرد: اگر اسپرماتوگرام در دو دفعه به فاصله ۳ ماه غیر نورمال باشد باید FSH, LH و تستوسترون سیروم اندازه شود وبرحسب نتایج بدست آمده بررسی صورت گیرد. spermatogenisis حد اقل در طول ۷۴ روز تکمیل می شود و ۱۲-۲۰ روز هم ضرورت است که اسپرم به اپیدیدتمس برسد به همنین علت باید هر سه ماه معاینه اسپرم صورت گیرد.

در تشوش وظیفوی خصیه FSH,LH بلند است.در صورت پائین بودن سطح آن هیپوگونادوتروفیک هیپوگونادیزم ، درتشوش حجرات لایدیک کاهش تستوسترون و افزایش LH و در ادینوم نخامیه سطح پرولکتین بالا می باشد.

بیوپسی خصیه بخاطر دریافت عدم کفایه ابتدایی از بندش طرق انتقال اسپرم صورت می گیرد.

تست های ایمیونولوژیگ بخاطردریافت انتی بادی های agglutination and sperm immobilization و بالاخره کاریوتیپ و تست های جنیتیک باید انجام شود .

تداوی

۱- تحریک تخمه گذاری

Clomiphene Citrate: عبارت از یک دوای غیر استروئیدی با تاثیرات انتی استروژنیک قوی بوده، میکانیزم تاثیر آن، اتصال به اخذه های استروژن به هیپو تلاموس و در نتیجه جلوگیری از اثر مهاری استروژن داخلی بروی هیپوتلاموس و افزایش GnRh است.

روش تداوی: ابتداء به دوز ۵۰ ملی گرام روزانه از روز سوم الی پنجم سیکل بمدت پنج روز تداوی شروع شده (برخی تداوی را از روز سوم به مقدار ۵۰ ملی گرام روزانه تا روز دهم برای سه سیکل انجام می‌دهند) و تخمک گذاری ۵–۱۲ روز از آخرین دوز کلومیفن رخ می‌دهد. و زوجین باید ۴–۶ روز بعد از آخرین دوز کلومفین یکروز در میان مقاربت داشته باشند. اگر به دوز ۵۰ ملی گرامی تخمه گذاری رخ نداد، دوز دوا را به ۱۰۰ ملی گرام در روز بالا برده و ۷۵٪ خانم ها در ظرف سه دوره تداوی حامله می‌شوند و تعداد کمی به دوز ۱۵۰–۲۰۰ ملی گرام در روز جواب می‌دهند.

استفاده از کلومفین همراه با دوز واحد hCG به مقدار ۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ واحد مؤثریت خوبی داشته که به این منظور دو روز بعد از آخرین دوز دوا سونوگرافی سریال صورت گرفته زمانی که اندازه فولیکول به ۱۸-۲۰ ملی متر رسید، hCG به مقدار ۵-۱۰ هزار یونیت بصورت عضلی زرق می‌گردد.

عوارض جانبی شایع آن Flashing، depression، نفخ، حساس شدن پستان‌ها و تغییرات بینایی بوده که باقطع دوا بر طرف می‌شوند. کیست های کوچک ۳-۵ سانتی متری نیز با تداوی ممکن ایجاد شود که نیاز به تداوی خاصی ندارد.

Letrozole: یک مهار کننده aروماتاز بوده و در مریضان که به کلومفین جواب نمی دهند جایگزین خوبی است. این دوا از طریق مهار بیوسنتز استروژن تاثیر کرده و ترشح FSH و اندروژن را از هیپوفیز افزایش می بخشد. دوز شروع کننده ۲٫۵ ملی گرام از روز ۳-۵ سیکل بوده و دوز دوا را می‌توان به ۵- ۷٫۵ ملی گرام در روز افزایش داد.

Human Gonadotropin: سه نوع آن موجود است.

۱- hCG (Human chorionic Gonadotropin) به نام های تجارتی Pregnyl , Profassi HP به شکل امپول‌های ۵۰۰، ۱۵۰۰و۵۰۰۰ یونیت موجود است.

۲-hMG (Human menopausal Gonadotropin) موسوم به Menotropin بشکل امپول های حاوی ۷۵ واحد FSH و ۷۵ واحدLH و با نام تجارتی pergonal humego , menogon که از ادرار خانم‌های یائسه و یا حامله بدست می‌آید.

۳- pure FSH حاوی ۷۵ واحد FSH و یک واحد LH می‌باشد.

در صورت عدم پاسخ به کلومفین و لتروزول از این ادویه استفاده می‌شود.

Gonadotropin Relessing Hormone (GnRH): از اگونیست های GnRH بنام buserelin acetate استفاده می‌شود که مزیت آن پائین بودن خطر چند قلویی و OHSS را دارا است.

Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): سندروم تحریک بیش از حد تخمدان یک مریضی با میکانیزم ناشناخته بوده که بعد از تحریک تخمه گذاری با کلومفین و گونادوتروپین‌ها بروز کرده و با بزگ شدن تخمدان‌هاوافزایش نفوذ پذیری مویرگ‌ها و نشت مایع در فضای پریتوان مشخص می‌شود.

این حالت در تداوی با کلومفین ۱–۶٪ و در تداوی با گونادوتروپین‌ها در ۱۰٪ موارد رخ می‌دهد.

علایم کلینیکی آن یک هفته بعد از تخمک گذاری با درد و اتساع بطن شروع شده و با پیشرفت مریضی هیپووالیمی، Ascites، هیدروتورکس، اختلال تنفسی، اختلال فعالیت کلیوی، اختلال الکترولیت‌ها و دراخیر شوک و مرگ ممکن بروز کند.

بزرگی تخمدان ها از سبب کیست های فولیکولی شاید سبب تدور تخمدان و یا پارگی تخمدان و خونریزی داخل بطن شود که از همین سبب باید از معاینات مکرر مهبلی در این مریضان خود داری کرد.

برای جلوگیری از OHSS باید:

– در طی تداوی معاینه حوصلی و سونوگرافی انجام شود.

– افزایش استرادیول دوبرابر در ظرف ۲۴ ساعت یا E_2>۲۰۰۰ pg/ml خطر بروز OHSS را افزایش می‌دهد. باید از تطبیق گونادوتروپین ها خوداری شود.

– در صورت موجودیت چند فولیکول بزرگ در حدود ۱۴–۱۶ ملی متر خطر OHSSافزایش می‌یابد.

OHSS تداوی خاصی ندارد، موارد خفیف و متوسط آن با تداوی conservative ظرف یکی دو هفته بهبود می‌یابد و شکل شدید ایجاب بستری در شفاخانه را می‌کند.

بارور سازی مصنوعی

(IUI) Intra Uterine semin Insemination – با استفاده از swim up سپرم خالص تهیه کرده و آنرا به روش washed intrauterine Inseemination بداخل رحم تلقیح می‌کنند. استطبابات این روش عبارتند از:

– اولیگوسپرمی

- علل عنق رحم

- اختلالات انزال

-علل ناشناخته نازایی

Artificial Reproductive Technology (ART): رایج ترین روش های آن عبارتند از:

۱-In vetro Fertilization & Emberio Transfer (IVF&ET): در این عملیه سپرم و اووم را در محیط آزمایشگاهی کنار هم قرار داده تا عمل القاح انجام شود و سپس آنرا داخل رحم منتقل می‌کنند.

۲-Gamet Intra fallopian Transfer (GIFT): در این روش توسط لپراسکوپی تخمک گرفته شده و داخل لوله رحمی می‌شود.

۳-Zigot Intrafllopian Transfer (ZIFT): دراین روش عملیه القاح در محیط آزمایشگاهی صورت گرفته و زایگوت داخل لوله رحمی انتقال داده می‌شود.

۴-Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI): در این روش یک اسپرم داخل تخمک زرق می‌شود و سپس زایگوت داخل رحم منتقل می‌گردد. استطبابات این روش شامل:

تعداد کم اسپرم متحرک، مورفولوژی نا مناسب سپرم، نقایص اسپرم و شکست باروری با IVF می‌باشد.

تداوی علل تخمدانی

۱- سندروم تخمدان پولی کستیک: تداوی انتخابی آن کلومیفن است ودر صورت عدم پاسخ میتوان از hCG نیز استفاده نمود و در مریضان که DHEA-S >200µg/dl باشد همراه با کلومیفن از دگزامتازون ۰٫۵ ملی گرام در روز نیز استفاده می‌شود. همچنین استفاده از Metformine نیز مفید بوده واگر بتداوی دوایی پاسخ ندهد، عملیات جراحی بشکل drilling کیست ها (در هر تخمدان ۴-۵ عدد) در ۷۰٪ مریضان باعث باروری می‌شود.

۲- نارسایی زود رس تخمدان: در صورتیکه برگشت پذیر نباشد نیاز به IVF با تخمک اهدایی دارد.

۳- هیپر پرولکتینمی: درمان آن تطبیق بروموکریپتین و یا Cabergoline بوده واگر جواب ندهد MRI مغز بخاطر موجودیت تومور های sellaturcica و در صورت ضرورت برداشتن تومور های فوق می‌باشد.

۴- نقص فاز لوتئال: رفع استرس، کاهش فعالیت فزیکی و کاهش وزن کمک کننده بوده و اگر اشکال در طول فاز لوتیئال وجود داشته باشد(فاز کوتاه افزایش BBT کمتر از ۱۱ روز)استفاده از ترکیبات پروژستینی و اگر اشکال در فعالیت جسم زرد باشد (پروجسترون سیروم کمتر از ۱۰ نانوگرام در روز ۲۱ سیکل) کلومیفن تداوی انتخابی می‌باشد.

تداوی علل حوصلی

در چسپندگی‌ها از اثر اندومتریوز و یا سلپینژیت بهترین روش درمان، IVF نسبت به عملیات جراحی جهت برداشتن چسپندگی‌ها می‌باشد. برداشتن چسپندگی ها صرف در زمان لپراسکوپی تشخیصی انجام می‌شود. برداشتن اندومتریوز خفیف نیز در افزایش میزان باروری نقش دارد. نقش فیبروم ها در نازایی نا مشخص است. اکثر جراحان میومکتومی را برای تداوی سقط راجعه، شکست مکرر لانه گزینی و نامنظمی حفره اندو متر در میوم‌های تحت مخاطی درنظر می‌گیرند.

تداوی فکتور عنق رحم: انتانات عنق تداوی گردیده ودرصورت تنگی یا تخریب مخاط عنق IUI بهترین گزینه بوده، تومور های عنق را باید باعملیه جراحی برداشت.

در صورت افزایش غلظت و چسپندگی مخاط عنق تابلیت استروژن Premarin 0. 65mg/day از روز پنجم الی سیزدهم توصیه می شود.

اگر انتی بادی ضد اسپرم موجود باشد، بمدت شش ماه از کاندوم استفاده نموده و بعد از آن نزدیکی بدون کاندوم در زمان تخک گذاری صورت گیرد و اگر نتیجه نداد از methylprednisolone به دوز ۲۰-۸۰ ملی گرام روزانه بشکل عضلی برای ۷ روز استفاده گردیده و در صورت عدم پاسخ IUI گردد.

در صورت عدم پاسخ به تداوی های فوق IVF انجام شود.

تداوی علل نازایی در مرد

در صورت هیپوگونادیزم اولیه باید تعین کاریوتیپ صورت گرفته چون سندروم کلاین فلتر (xxy۴۷) شایعترین علت هیپوگونادیزم اولیه است.

هیپوگونادیزم ثانویه یاهیپوگونادوتروپیک هیپوگونادیزم شاید از سبب پرولکتینوم یا سندروم کالمن باشد که پرولکتینوم‌ها بتداوی پاسخ داده و دادن GnRH وFSH تولید تستوسترون واسپرم را تحریک می کند.

در صورت واریکوسل Ligation واریکوسل سبب بهبودی می‌شود.

انزال رتروگراد را می‌توان با ادویه الفا سیمپاتوممتیک درمان کرد. یا از سنتریفیوژ ادرار برای جمع آوری اسپرم جهت IUI استفاده کرد.

نقایص انسدادی ممکن با اناستوموز مجدد جراحی بهبود یابد.

در مریضان که مشکل خفیف دارند از IUI استفاده شده و در آن‌های‌که مشکل شدید دارند از ICSI و IVF استفاده می‌شود.

در صورت عدم پاسخ به تداوی های فوق از اسپرم اهدایی استفاده می‌شود.

خلاصه فصل نهم

- نازایی عبارت از عدم باروری بدون جلوگیری و داشتن نزدیکی حد اقل یک بار در هفته در مدت یک سال (برخی منابع ۲ سال) می‌باشد.

- حد اکثر قدرت باروری برای زنان ومردان سنین ۲۰–۲۵ سالگی می باشد، و با افزایش سن خصوصا در زنان قدرت باروری کاهش می یابد.

- اسباب نازایی در مردشامل: **Varicocele** ، **عدم کفایه خصیه**، اختلالات اندوکرین ، **اختلالات انزال، عدم نزول خصیه**، انتانات، بندش قنات Efferent ، مشکلات مقاربت، ایمیونولوژیک، Iatrogenic

- اسباب نازایی در زن شامل عدم تخمه گذاری یا کاهش تخمه گزاری، دفکت فاز لوتئال، کاهش ذخیره تخمدان، وعدم کفایه قبل از وقت تخمدان، تشوشات عنق رحم ، رحم و لوله های رحمی

– اولین قدم در بررسی، گرفتن تاریخچه و معاینه دقیق زن ومرد می‌باشد. نزد خانم باید بررسی تخمه گذاری و باز بودن تیوب ها و در نزد مرد اسپرماتوگرام در اولین اقدام صورت گیرد.

– تداوی علل نازایی در مرد در صورت هیپوگونادیزم اولیه باید تعین کاریوتیپ صورت گرفته چون سندروم کلاین فلتر (xxy۴۷) شایعترین علت هیپوگونادیزم اولیه است. در پرولکتینوم یا سندروم کالمنGnRH وFSH ، در صورت واریکوسل Ligation واریکوسل، سبب بهبودی می‌شود. انزال رتروگراد را می‌توان با ادویه الفا سیمپاتوممتیک درمان کرد، نقایص انسدادی اناستوموز مجدد ، در مریضان که مشکل خفیف دارند از IUI و در آن‌های‌که مشکل شدید دارند از ICSI و IVF استفاده می‌شود. در صورت عدم پاسخ به تداوی های فوق از اسپرم اهدایی استفاده می‌شود.

- در خانم ها برای تحریک تخمه گذاری از کلومفن سترات، لیتروزول، FSH,LH,GnRh و در صورت فکتور عنق انتان تداوی شده و ودرصورت تنگی یا تخریب مخاط عنق IUI ، هیپر پرولکتینمی: درمان آن تطبیق بروموکریپتین و یا Cabergoline ، در صورت افزایش غلظت و چسپندگی مخاط عنق تابلیت استروژن،در تخمدان های پولی کیستیک کلومفن با متفورمین و یا drilling کیست ها و در صورت عدم پاسخ باروری مصنوعی.

.

فصل دهم

خونریزی غیر طبیعی رحمی

خونریزی غیر طبیعی رحمی شامل خونریزی غیر طبیعی قاعدگی و خونریزی ناشی از سایر علل از جمله حاملگی، امراض سیستمیک و سرطان می‌باشد.

اشکال خونریزی غیر طبیعی رحمی

:Hypermenorrhea تداوم خونریزی بیش از ۷ روز

menorrhagia: خونریزی شدید بیشتر از ۸۰ سی سی و بیشتر از ۷ روز بعضی اوقات هیپر منوره و منوراژی بجای هم استفاده می‌شود.

metrorrhagia: خونریزی های نامنظم در فواصل سیکل عادت ماهوار؛

hypomenorrhea: خونریزی اندک و در حد لکه بینی در اثر سندروم اشرمن، استفاده از قرص ضد بارداری و تنگی عنق رحم؛

oligomenorrhea: طول مدت سیکل قاعدگی بیش از ۳۵ روز؛

polymenorrhea: طول مدت سیکل کمتر ز ۲۱ روز؛

menometrorrhgia: سیکل های قاعدگی نامنظم همراه با تغییرات طول مدت و مقدار خونریزی؛

post coital bleeding: خونریزی بعد از مقاربت یا معاینه مهبلی از سبب پولیپ عنق، eversion عنق، سرطان ها و عفونت عنق؛

postmeopausal bleeding: خونریزی بعد از یک سال از قطع عادت ماهانه در فرد یائیسه در اثر سرطان رحم و سرویکس، میوم هاو عفونت ؛

اسباب

امراض خون – blood dyscrasia – لوکیمیا، پورپورا، کواگولوپاتی، ترومبو سیتوپنی ،انیمی شدید، عدم کفایه فکتور های علقوی ((V,VII,X, XI,XII و استفاده از از ادویه انتی کواگولانت مثل هیپارین

امراض تیرویید –پر کاری و کم کاری تیرویید

توبرکلوز عمومی در مراحل ابتدایی

سیستمیک- تشوش وظیفوی کبد، عدم کفایه احتقانی قلب و فرط فشار خون

مشکلات روحی

اسباب حوصلی موضعی

اسباب رحمی – فیبروم، پولیپ، ادینومیوزیس و هیپرپلازی اندومتر

اسباب تخمدانی – اندومتریوز، PCOD، کیست های تخمدان

امراض التهابی حوصلی (PID)

دوران نفاسی و بعد از سقط: استفاده از کانتراسپتیف ها مخصوصاً کانتراسپتیف های پروجسترون دار

استفاده از IUCD: در حدود ۵-۱۰ ٪ خانم های که از وسایل داخل رحمی استفاده می کنند منوراژی دارند.

وظیفوی: اخلال در محور هیپوتلاموس-نخامیه – تخمدان و اندومتر رحم

خونریزی غیر وظیفوی رحمی DUB

خونریزی غیر وظیفوی رحمی عبارت از خونریزی شدید مهبلی ناشی از اختلالات هورمونی بدون کدام ابنورمالتی ساختمانی و یا کدام مریضی حوصلی می‌باشد.

برای توصیف میکانیزم خونریزی در DUB اصطلاحات زیر بکار می رود:

۱- Estrogen withdrawal bleeding – با تجویز استروژن بدون پروجسترون برای چند هفته و سپس قطع آن سبب خونریزی رحمی می‌شود. خونریزی در نوزاد دختر در روز های اول بعد از ولادت و خونریزی وسط سیکل

قاعده گی به همین میکانیزم ایجاد می‌شود زیـرا بعـد از مـوج LH اسـتروژن بطـور ناگهـانی بـدون بـالا بـون سـطح پروجسترون افت می‌کند.

۲-Estrogen Breakthrough Bleeding – حضور مقادیر کم استروژن برای مدت طولانی سبب لکه بینی و برعکس مقادیر زیاد آن بمدت طولانی سبب امنوره شده و به تعقیب آن خونریزی شدیدایجاد می‌کند.

۳- Progesterone withdrawal bleeding – تجویز پروجسترون برای چند روز و قطـع آن بـا خـونریزی رحمی همراه بوده به شرطی که اندومتر از قبل تحت تاثیر استرون بوده باشد. صرف در صورتی خونریزی توقف می کند که مقدار استروژن را ۱۰ –۲۰ برابر افزایش دهیم.

۴- progesterone Breakthrough Bleeding – در اینوع خونریزی نسبت پروجسترون به استروژن بسیار بالا است. اینوع خونریزی ها در استفاده کننده های تابلیت های جلوگیری پروجسترونی دیده می‌شود.

پتالوژی اندومتر در DUB:

DUB بدوشکل بدون تخمک گذاری و با تخمک گذاری مـی‌باشـد. بجـزء خـونریزی از سـبب نارسـایی جسـم زرد و خونریزی از سبب پائین آمدن استروژن در نوزادان ودر اواسط سیکل تقریباً تمام واقعـات DUB از نـوع بـدون تخمـک گذاری می‌باشد.

DUB بدون تخمک گذاری

۱- خونریزی آستانهٔ (منوراژی زمان بلوغ) : ۸۰٪ را تشکیل داده ، علت آن عدم موجودیت پروجسـترون از سـبب عـدم تخمه گزاری است . در اثر فید بک منفی FSH نهی شده و استروژن افت نموده و ریزش اندومتر برای مدت طولانی ادامه می یابد.

۲- Metropathia Hemorrhagica با خونریزی اولیه رحمی: بنام cystic glandula hyperplasia نیز یاد شده و در خانم های قبل از منوپوز ایجاد می شود. در این مریضان چون تخمـه گـذاری وجـود نـدارد بنـاً اندومتر مدت طولانی تحت تاثیر استروجن بدون پروجسترون قرار می گیرد . اما فید بک منفی برای نهی FSH وجـود ندارد در نتیجه یک مرحله امینوری ۶–۸ هفته که با خونریزی شدید تعقیب میشود ایجاد مـی‌گـردد. در رحـم درجـات مختلف میوهیپرپلازی با بزرگی متناظر رحم به سایز ۸–۱۰ هفته از سبب هیپر تروفـی عضـلات دیـده مـی شـود . در تخمدان ها کیست در یک یا هردو تخمدان دیده شده اما جسم زرد وجود ندارد .

در معاینه میکروسکوپیک در اندومتر هایپرپلازی سیستیک با عدم موجودیت تغییرات افرازی ، ساحات نکـروز در طبقـه سطحی و ارتشاح لوکوسیت ها دیده می شود.

۳- خونریزی غیر وظیفوی Premenopausal (اندومتر اتروفیک از سبب سطح پائین استروجن)؛

DUB با تخمه گذاری

۱- پختگی غیر منظم: درین واقعات به اندومتر مقادیر ناکافی پروجسترون از سبب عدم کفایه وظیفوی جسم زرد می‌رسد. بناً خونریزی breakthrough بشکل spoting قبل از موقع قاعده گی ایجاد میشود. یا افرازات قهوئی رنگ خارج میشود.

در اندومتر تغیرات ناقص افرازی بوجود می‌آید. تداوی آن تطبیق پروجسترون در فاز قبل از قاعده گی می‌باشد.

۲- خونریزی غیر منظم Halban's disease از سبب جسم زرد مقاوم یا ثابت می‌باشد. قاعده گی در زمان مخصوص بوجود می‌آید مگر طولانی می‌شود و شدید نیست. تصویر هستوپتالوژیک آن در اخیر قاعده گی با آشکار شدن تغییرات افرازی همراه با اندومتر پرولیفراتیف می‌باشد.

تداوی آن NSAIDS بمدت ۶ ماه می‌باشد.

اسباب خونریزی های بدون تخمک گذاری:

- استرس؛
- چاقی؛
- PCODs؛
- عدم کفایه محور هیپوتلاموس- هیپوفیز- تخمدان؛
- کاهش حساسیت فولیکول ها به FSH؛
- بعضی ادویه ها؛

تشخیص DUB بدون تخمک گذاری

- عدم وجود علایم قبل از عادت ماهوار؛
- عدم افزایش درجه حرارت بدن؛
- پائین بودن پروجسترون در اواسط فاز لوتئال (5ng/ml)؛
- عدم وجود اندومتر ترشحی در بیوپسی اندومتر؛

منجمنت یا اداره مریض با DUB:

کنترول و اداره مریض ارتباط به سن مریض، موجودیت خونریزی شدید، شکل اندومتر و خواهش طفل دار شدن، دارد.

در خانم های جوان در سن بلوغ: پلان منجمنت شامل، معاینات برای دریافت زمینه خونریزی، وظیفه غده درقیه و تداوی هورمونی همراه انتی فبرینولاتیک و NSAIDS می‌باشد. اگر مریض در زمان ارزیابی، خونریزی شدید نداشت، دوز پائین ادویه جلوگیری از حاملگی فمی برای ۲۱ روز (با ۷ روز پلاسبو) برای ۶-۳ ماه داده شود.

سنین توالد و تناسل: ابتداء باید حاملگی و انتانات ارزیابی شود و بعداً یک سونوگرافی بـرای دریافـت انـدازه رحـم، اندومتر و ادنکس‌ها برای موجودیت هر نوع پتالوژی اندومتر توصیه گردد.

تداوی حمله اولی با ادویه کانتراسپتیف دوره ئی و ادویه انتـی فبرینولایتیـک و ضـد پروسـتاگلاندین هـا تـرجیح داده می‌شود.

سنین قبل یا بعد از یائسگی: کورتاژ تشخیصی برای ارزیابی از نظر سـرطان‌هـا بایـد صـورت گیـرد. در صـورت موجودیت هایپرپلازی اندومتر، خونریزی بدون تخمک گذاری تداوی با پروجسترون صورت گیرد.

بیوپسی اندومتر

ACOG توصیه EB را به تمام خانم های بالاتر از سن ۳۵ سال که خونریزی غیـر نورمـال رحمـی دارنـد مـی نمایـد. همچنین به خانم های بین سنین ۱۸-۳۵ سال که ریسک فکتور برای کانسر اندومتر دارند وبـه تمـام خـانم هـای کـه حداقل یکسال تخمه گذاری نداشته باشند و ضرورت برای تعیین حالت تخمه گذاری آنها باشد، توصیه می‌نماید.

حساسیت آن ۹۵٪ و دقت آن ۹۸٫۵٪ می‌باشد. وسایل کـه اسـتفاده مـی‌شـود عبـارت از Pipelle، Novak curret وKarman canula نمره ۴ می‌باشد.

تداوی دوائی DUB:

می‌تواند هورمونی و یا غیر هورمونی باشد.

تداوی غیر هورمونی

a- ادویه Antifibrinolytic دوای اساسی برای DUB بـا تخمـک گـذاری اسـت. خـونریزی را در حـدود ۶۰-۵۰٪ کاهش می‌دهد. مثال آن Tranexamic acid در حدود mg ۵۰۰ هر ۸-۶ ساعت ودوز اعظمی 1g هر ۶ ساعت؛

b- نهی کننده هـای Cyclo oxygenase: Mefenamic acid و دیگـر NSAIDs هـا سـنتز پروسـتاگلاندین را کاهش می دهد.

Ethamsylate -c

Antiprogesterone) Mifepriston -d)

تداوی هورمونی

Progestine –a: برای خونریزی های بدون تخمک گذاری:

Norethisterone or MPA (10mg) برای ده روز در فاز لوتئـال $\left(D_{15}-D_{25}\right)$ و یـا از روز ۲۶-۵ در واقعـات DUB با تخمک گذاری؛و یا از پروجسترون بشکل دوامدار از تابلت های ۱۰ می گرامه مدروکسی پرجسـترون اسـیتات روز سه مرتبه برای ۹۰ روز داده می شود.

b– IUD پروجســـتین دار (Levonorgestrel intrauterine system –Mirena)، LNG-IUS، Progestasert؛

c- OCP های مختلط؛

d– Progesteron Depot ؛

e- تداوی با دوز بلند استروجن در واقعـات خـونریزی حـاد مفیـد مـی باشـد. روزانـه بـه مقـدار 2. 5mg اسـتروجن Conjugate توصیه می‌شود. یا بشکل وریدی ۲۵ ملی گرام استروژن کانجوگت داده شده و هر ۴ ساعت تکرار می شود تا خونریزی کنترول شود بعداً با کنتراسپتیف های فمی ادامه داده میشود

f- دانازول Danazal۴۰۰ -200mg -mg روزانه برای ۶-۳ ماه؛

g- انالوگCnRH برای تداوی به مدت کوتاه؛

ormeloxifene-h (SERM) تاثیر استروجن را در رحم antagonis می نماید.

تداوی جراحی: شامل D&C، Endometrial Ablation/ resection و تداوی جذری آن هسترکتومی است.

ستطبابات Endometrial Ablation/ resection

- تداوی طبی ناموفق باشد
- خانم خواستار قاعده گی و اولاد نباشد
- رحم سایز نورمال داشته باشد یا از ۱۰ هفته بزرگتر نباشد
- فبروم رحمی کوچکتر از ۳ سانتی متر
- خانم های که علاقمند عملیات های جراحی طولانی نیستند
- خانم های که می خواهند رحم شان حفظ گردد

میتودهای مختلف برای Endometrial ablation

۱- hysteroscopic endometrial ablation by lase

۲- hysteroscopic endometrial ablation by cautery

۳- hysteroscopic endometrial ablation by Rollar ball

۴- Thermal ballon ablation

۵- Microwave endometrial ablation

۶- جداسازی با Hydrothermal

۷- Cryo ablation

۸- bilateraluterine artery embolization

خلاصه فصل دهم

- خونریزی غیر طبیعی رحمی شامل خونریزی غیر طبیعی قاعدگی و خونریزی ناشی از سایر علل از جمله حاملگی، امراض سیستمیک و سرطان می‌باشد.
- menorragia: خونریزی شدید بیشتر از ۸۰ سی سی و بیشتر از ۷ روز بعضی اوقات هیپر منوره و منوراژی بجای هم استفاده می‌شود.
- metrorrhagia: خونریزی های نامنظم در فواصل سیکل عادت ماهوار؛
- hypomenorrhea: خونریزی اندک و در حد لکه بینی در اثر سندروم اشرمن، استفاده از قرص ضد بارداری و تنگی عنق رحم؛
- oligomenorrhea: طول مدت سیکل قاعدگی بیش از ۳۵ روز؛
- polymenorrhea: طول مدت سیکل کمتر ز ۲۱ روز؛
- menometrorrhgia: سیکل های قاعدگی نامنظم همراه با تغییرات طول مدت و مقدار خونریزی؛
- اسباب خونریزی های رحمی شامل: امراض خون ،امراض تیرویید ،توبرکلوز عمومی در مراحل ابتدایی ، سیستمیک ، مشکلات روحی،اسباب حوصلی موضعی ،اسباب رحمی ،اسباب تخمدانی ،امراض التهابی حوصلی (PID)، دوران نفاسی و بعد از سقط ،استفاده از IUCD و وظیفوی می باشد.

- خونریزی غیر وظیفوی رحمی عبارت از خونریزی شدید مهبلی ناشی از اختلالات هورمونی بـدون کـدام ابنورمالتی ساختمانی و یا کدام مریضی حوصلی می‌باشد.
- DUB بدوشکل بدون تخمک گذاری و با تخمک گذاری می‌باشد. که شکل بـدون تخمـک گـذاری آن ۸۰٪ و با تخمک گذاری ۲۰٪ است.
- DUB بدون تخمک گذاری به شکل, ۱-خونریزی آستانهٔ (منوراژی زمان بلـوغ) ۲- Metropathia Hemorrhagica ۳ - خونریزی غیر وظیفوی Premenopausal می باشد.
- DUB با تخمه گذاری به شکل۱- پختگـی غیـر مـنظم: از سـبب عـدم کفایـه وظیفـوی جسـم زرد ۲- خونریزی غیر منظم Halban’s disease از سبب جسم زرد مقاوم یا ثابت می‌باشد.
- تداوی DUB غیر هورمونی، هورمونی و جراحی می باشد

فصل یازدهم

امراض جسم رحم

Endometritis

اندومتریت یا اندومیومتریت به التهاب اندومتر خصوصاً درگیری طبقه basal گفته می شود. اندومتریت تقریبا همیشه از طریق انتقال میکروب از سرویکس به اندومتر بوجود می‌آید به استثنای موارد اندک که از اثر انتشار میکروب ازعفونت های بطنی ایجاد می‌شود.

عوامل مریضی عبارت از کلامیدیا، گونوکوک، استرپتپکوک، CMV، مایکوپلازما و پتوژن های دخیل در وژینوز باکتریال است.

فکتورهای مساعد کننده

- سزارین سکشن
- ولادت با پاره گی طولانی مدت غشا ها
- معاینات متعدد مهبلی
- کشیدن پلاسنتا با دست
- دستکاری های داخل رحمی
- مونیتورینگ داخل رحمی جنین
- کوریوامنیونیت

اعراض و علایم

اندومتریت بدو شکل حاد و مزمن تقسیم گردیده است.

شکل حاد معمولاً بعد از ولادت و یا دستکاری های داخل رحمی بوجود آمده اعراض آن شامل تب ۳۸-۳۹ درجه سانتی گرید، لوشیای چرکی و بد بو و یا ترشحات مهبلی چرکی، خونریزی ودرد قسمت سفلی بطن یا حوصله میباشد.

در معاینه دودستی حساسیت بطن و حساسیت رحم موجود است. در صورت مصاب شدن تیوب ها و ایجاد سلپنژیت ادنکس ها حساس اند.

شکل مزمن اکثر بدون علامت بوده و هم می‌تواند بصورت متروراژی و بعضی اوقات با درد گنگ قسمت سفلی بطن تظاهر کند.

عوارض اندومتریت

- عفونت زخم

- پریتونیت

- phlegmon اطراف رحمی (سلولیت شدید در صفحات رباط عریض یا زیر قسمتی از مثانه که روی رحم را پوشیده سبب سختی در ناحیه شده وبنام فلگمون یاد می‌شود)

- آبسه حوصلی

- ترومبوفلیبیت سپتیک حوصلی

تداوی

۱- Gentamycin + Clindamycin هر ۸ ساعت یا

۲- سفالوسپورین ها – cefoxitin، cefotaxime یا

۳- مترونیدازول + امپی سیلین + جنتامایسین و یا

۴- cefoxitin و doxyciclline به همان دوز تداوی PID

۵- Ampicillin + sulbactam بشکل وریدی یا عضلی هر ۶ ساعت (امپول ۱/۵ گرامه و ۳ گرامه وجود دارد)

تداوی وقایوی

تداوی وقایوی با تک دوز آمپی سیلین یا سفالوسپورین های نسل اول بعد از کلامپ کردن حبل سروی در زمان سزارین و هم شستشوی مهبل با Povidone Iodine قبل از سزارین از اندومتریت جلوگیری می‌کند.

Polyp اندومتر

عبارت از رشد بیش از حد موضعی در غدوات استرومای اندومتر است. پولیپ در سنین کمتر از ۲۰ سالگی نادر بوده اما با افزایش سن افزایش می‌یابد. بیشترین واقعات در سنین حوالی ۵۰ سالگی دیده می‌شود. متروراژی از علایم شایع آن می‌باشد.

در ۰/۶ ٪ واقعات پولیپ خطر ادینوکارسینوم وجود دارد. تداوی آن در خانم های جوان پولپکتومی در پولیپ های کوچک توسط هسترسکوپی و یا کورتاژ بوده و در صورت ادنوکارسینوم هستر کتومی است

هیپرپلازی اندومتر (Endometrial Hyperplasia)

عبارت از رشد بیش از حد غدد و استرومای اندومتر (پرولیفریشن) بوده که در حالاتی چون عدم تخمه گذاری مزمن (PCOS)، تومور های مترشحه استروژن و تجویز استروژن Exosion دیده می‌شود. هیپر پلازی می‌تواند با atypia یا بدون آن و بشکل ساده یا کمپلکس باشد.

هیپرپلازی بدون اتیپی: از نظر میکروسکوپی تجمع غدد در استروما بدون اتیپی هسته بوده و بدون علامت می‌باشد. در ۸۰ ٪ موارد خود بخود به تحلیل می‌رود. در صورت عدم درمان بعد از ۱۵ سال ۱٪ به سرطان تحول می‌کند. شکل کامپلکس آن در اثر تداوی با پروجسترون در ۸۵٪ موارد به تحلیل رفته و در صورت عدم تداوی در ۳–۵٪ موارد به سرطان تحول می‌کند.

هیپرپلازی با اتیپی: در این شکل حجرات غدوات اندومتر بزرگ شده ونسبت هسته به سایتوپلازم افزایش می‌یابد. chromatinization در هسته دیده شده و معمولاً بد خیم می‌باشد. شکل ساده آن ۱۰٪ و شکل کمپلکس آن ۳۰٪ بطرف کانسر پیشرفت می‌کند. با پروجسترون تداوی شده اما با قطع تداوی خطر عود مرض وجود دارد. در صورت عود بهترین گزینه برای این مریضان هستر کتومی می‌باشد.

کانسر اندومتر

شایعترین سرطان جهاز تناسلی نزد خانم ها بوده وهر عاملی که اندومتر را در معرض اثرات بیش از حد استروژن قرار دهد چانس کانسر اندومتر را افزایش می‌دهد. بیشترین واقعات در سنین ۵۰-۶۵ سالگی دیده شده اما ۲-۵٪ موارد در سنین قبل از ۴۰ سالگی نیز ایجاد می‌شود. دو تیپ آن وجود دارد

تیپ I که وابسته به هورمون بوده (رسپتور استروژنی مثبت) ۷۵- ۸۰ در صد موارد را شامل می‌شود. در سنین جوانتر دیده می‌شود. این شکل به صورت هیپرپلازی اندومتر شروع شده و انزار بهتری دارد.

تیپ II بعد از منوپوز شروع شده از نظر رسپتور استروژنی منفی اند، از اندومتر اتروفیک منشاء می‌گیرند و انزار بد تری دارند.

فکتور های خطر سرطان اندومتر

– نولیپاریتی

– عقیمی و سابقه عادت ماهوار نا منطم بدلیل سیکل های بدون تخمه گذاری (تماس اندومتر به استروژن بدون محافظت پروجسترون)

– منارک زودرس و منوپوز دیر رس (تماس اندومتر به استروژن بدون پروجسترون)

– چاقی (اروماتایزیشن بیش از حد منجر به ازدیاد استروژن می‌شود و در زنان چاق SHBG کمتر است)

– PCOD و تومور های وظیفوی تخمدان مثل گرانولوزا سل (عدم تخمه گذاری مزمن)

– تجویز استروژن جایگزین بدون پروژسترون در دوران منوپوز

– تاموکسیفن تا حدی دارای اثرات اگونیستی استروژن نیز است

– دیابت

– سرطان فامیلی (سرطان پولیپوز کولورکتال و کانسر تخمدان واندومتر)

کانسر اندو متر در زنان سیگاری کمتر است چون سیگار غلظت SHBG را افزایش می‌دهد

از نظر پتولوژی انواع مختلف کانسر اندومتر وجود دارد که عبارتند از:

- ادینوکارسینوم ۸۰٪

- Mucinus carcinoma ۵ ٪

- کارسینوم حجرات روشن یا clear cell در حدود ۵٪

- کارسینوم اسکواموس نیز در اندومتر دیده شده اما نادر می‌باشد.

اعراض و علایم

۱- خونریزی: عمده ترین شکایت مریضان در ۹۰ در صد زنان دچار کانسر اندومتر خونریزی است. ترشح مهبلی غیر طبیعی مخصوصاً بعد از یائسگی و لک بینی متناوب در بعضی از مریضان گزارش شده است. در خانم‌های که قبل از منوپوز مصاب مریضی می‌شوند خونریزی بیشتر بشکل عادت ماهوار شدید می‌باشد.

۲- درد: ۱۰٪ مریضان از کرامپ‌های سفلی بطن همراه با درد به دنبال انقباضات رحمی در اثر هماتو مترا شکایت دارند، که ناشی از انسداد کانال اندوسرویکل در زنان مسن می‌باشد.

۳-اگر محتویات رحم منتن شود آبسه و Sepsis ممکن تأسس کند.

۴-در معاینه فزیکی حوصله نورمال بوده وشاید عنق و جسم رحم سخت و بزرگ باشد.

۵- در مراحل پیشرفته رحم ممکن است ثابت شده و از قسمت پارامتریل، بی‌حرکت باشد.

تشخیص

pap smear: در حدود ۳۰-۵۰ در صد مریضان کانسر اندومتر دارای اسمیر غیر طبیعی اند.

سونوگرافی: سونوگرفی مهبلی معلومات راجع به اندازه وشکل رحم و اندازه اندومتر می‌دهد. اندازه اندومتر کمتر از ۵ ملی متر برای رد هیپر پلازی یا سرطان کمک کننده است، اما اندازه بیشتر از ۵ ملی متر مشکوک به هیپر پلازی یا سرطان بود و ایجاب بیوپسی اندومتر را می‌کند.

سونوهستروگرام: سونوهستروگرام با زرق سالین در حفره رحم می‌تواند حفره رحم را بهتر نشان دهد.

هسترسکوپی: هسترسکوپی می‌تواند دقت تشخیص بیوپسی اندومتر و کورتاژ را افزایش دهد.

D&C Fractional: توسع و کورتاژ روش قطعی برای تشخیص کانسر اندومتر است. دراین روش کورتاژ کامل و دقیق کانال اندوسرویکال و کورتاژمحیطی حفره رحمی صورت می‌گیرد. پارگی رحم از اختلاطات آن می‌باشد.

بیوپسی اندومتر: این عملیه بصورت سرپایی و بدون انستیزی قابل اجرا است. دقت تشخیص آن ۹۱-۹۵٪ است و در مریضان که اعراض و علایم دارند و بیوپسی منفی است باید D&C انجام شود.

سنجش گیرنده های استروژن و پروجسترون در نسج نئوپلاستیک: مریضانی که یک یا دو گیرنده مثبت برای تومور دارند بقای طولانی تری نسبت به آن‌های دارند که فاقد گیرنده اند.

تشخیص تفریقی

باید از سقط، لیومیوم، هیپرپلازی اندومتر، پولیپ اندومتر، IUD، سرطان های عنق، تخمدان و امعا، هیموفیلی و اتروفی مهبل تشخیص تفریقی گردد.

مرحله بندی سرطان اندومتر

مرحله بندی جراحی FIGO

مرحله I : محدود به جسم رحم

IA تهاجم به میومتر یا وجود ندارد یا کمتر از نصف میومتر

IB تهاجم به نصف یا بیشتر از نصف میومتر

مرحله II : تومور استرومای سرویکس را درکیر کرده اما از رحم فراتر نرفته است

مرحله III: گسترش تومور بصورت موضعی یا ناحیوی

IIIA تومور به سیروز رحم /یا ادنکس تهاجم کرده

IIIB در گیری وژن /پارامتر ها وجود دارد

IIIC متاستاز به غدد لنفاوی حوصله و یا اطراف ابهر

مرحله IV : تومور به مخاط مثانه /یا امعا تهاجم کرده

IVA تومور مخاط مثانه یا امعا را درگیر کرده است

IVB متاستاز دور دست شامل درگیری داخل شکم

مرحله بندی کلاسیک

مرحله 0 کارسینوم درجا

مرحله I محدود به جسم رحم

مرحله II درگیری جسم و عنق رحم اما تهاجم خارج از رحم وجود ندارد

مرحله III گسترش خارج رحم اما نه به خارج حوصله حقیقی

مرحله IV گسترش خارج از حوصله حقیقی و درگیری مخاط مثانه و رکتوم

تداوی:

جراحی: تداوی اصلی مریضی جراحی است که به منظور مرحله بندی تومور می باشد و بشکل زیر صورت می‌گیرد.

Total hysterectomy + bilateral salpingo oophorectomy + pelvic & preaortal lymphadenectomy

Radiotherapy: رادیوتراپی اولیه تنها در مریضانی استفاده می‌شود که جراحی استطباب نداشته باشد.

Chimotherapy: شیمو تراپی اولیه بندرت استفاده می‌شود و بیشتر در حالات میتا ستاتیک استفاده می‌شود.

پروجسترون: تداوی با پروجسترون با دوز بالا، معمولاً با مدروکسی پروجسترون اسیتات یا مژسترول در مریضانی که قابل جراحی نباشند و یا مریضان جوانتر که حفظ باروری در آن ها اهمیت دارد بکار می‌رود و پاسخ کلی با دوزهای بالای پرجسترون در گرید یک سرطان محدود به اندومتر ۷۵٪ است که برای تأئید پاسخ به درمان باید نمونه گیری منظم اندومتر انجام شود.

Pelvic inflammatory diseases

به عفونت قسمت فوقانی دستگاه تناسلی (اندومتر به بالا) PID گفته می‌شود که شامل Endometritis، myometritis، salpingitis، ophoritis، parametriris وlocal peritonitis می‌باشد. سلپنژیت مشخص ترین جزء PID است.

اتیولوژی

معمولترین انتانات که سبب PID می شود کلامیدیا و گونوکوک (۶۰–۷۵٪) بوده این انتانات بصورت صاعده از طرق تناسلی سفلی به طرف تیوب ها و نفیر ها حرکت کرده tuboophritis را بوجود می آورد. این انتانات اکثراً توسط اسپرم انتقال کرده، بناً در خانم های که شوهران شان azospermia دارند کمتر مصاب به دو نوع فوق می شوند. کلامیدیا عموماً سیر بدون عرض داشته اما تخریبات ایجاد شده از آن در تیوب ها شدید تر است. عنق رحم و احلیل بیشتر جای تجمع و نگهداری کلامیدیا می‌باشد.

ارگانیزم های دیگر سببی PID عبارتند از مایکوپلازم–توبرکولوز–ویروس ها–E-coli و غیره که بصورت عموم ۴۰ نوع میکرو ارگانیزم های هوازی وغیر هوازی سبب PID می‌شود.

عوامل مستعد کننده

– سن: سن کمتر از ۲۵ سال بدلیل مقاربت زیاد و شرکای جنسی متعدد؛

– شرکای جنسی متعدد؛

–عادت ماهوار: PID در مریضانی‌که عادت ماهوار نمی‌شوند غیر معمول است.

– آلات داخل رحمی: در هفته اول بعد از گذاشتنIUD خطر PID دو تا چهار برابرگروه کنترول افزایش می بابد.

- مصرف OCP: قرص های ضد بار داری PID ناشی از گونوکوک را کاهش داده اما شکل کلامیدیایی در استفاده کنندگان OCP گزارش شده؛

– سقط: خصوصاً در سقط های غیر مصئون خطر ۲۰-۳۰٪ PID وجود دارد.

– استعمال دخانیات نیز در برخی مطالعات عامل افزایش PID شناخته شده است.

وقایه

با مداخلات معقم داخل رحمی. استفاده از میتود های جلوکیری barrier. تابلت های پروجسترون. و عملیات های معقم میتوان از PID جلوگیری کرد.

عود مرض در خانم که یکبار مصاب شده ۱۲٪. دو بار مصاب شده باشد ۳۵٪ واگر سه دفعه مصاب شده باشد ۷۵٪ می‌باشد.

Acut salpangitis

در التهاب حاد تیوب ها، نفیر ها متورم اذیمایی و hyperhemic بوده و اوعیه آن متوسع می باشد. در سطح پریتوانی بعضاً اگزودات سیروزی در اطراف تیوب دیده می‌شود. علامه عمده آن خارج شدن مواد سیروپرولانت از فمبریا است. پریتوان حوصلی منتن بوده و طبقه مخاط اذیمایی و مملو از لوکوسیتها وپلازما سل می‌باشد. در ابتدا طبقه مخاطی مصاب شده مایع اگزودت التهابی از آن داخل تیوب ریخته و در قسمت امپولار تجمع کرده جوف آنرا متوسع می‌سازد. قرحات طبقه مخاطی سبب بلاک و التصافات تیوب شده که در آینده سبب نازایی و حمل خارج رحمی می‌گردد. در ابتدا که هنوز ناحیه فمبریا مسدود نشده اگزودات قیحی از آن بداخل جوف حوصله ریخته و سبب آبسه حوصلی می‌شود. اما بعد ها که فمبریا مسدود می‌گردد مواد در داخل تیوب تجمع کرده آبسه های tubo ovarien را بوجود آورده و سبب التصافات تیوب به خلف رحم، امعا، رباط عریض، تخمدان و غیره میشود. در مراحل پیشرفته انتان بشکل صاعده سیر نموده و سبب generalized peritonitis ,paralytic ileus و آبسه های محیط کلیه و تحت دیلفراگم می‌گردد. ترومبوفلیبیت و باکتریمی نظر به تشخیص و تداوی مقدم نادر است

اعراض PID حاد:

اکثراً در خانم های جوان دیده شده و عرض عمده آن درد حوصلی است که دو طرفه بوده و در قسمت سفلی بطن موقعیت دارد. درد حاد و شدید و با تب همراه میباشد. بعضاً نزد مریض استفراغ نیز وجود دارد. در مریضان STD تشوشات بولی نیز دیده می‌شود. در اثر مصابیت اندومتر متروراژی وتغیرات عادت ماهوار ودر صورت آبسه حوصلی بر علاوه اعراض فوق اسهال، تاکی کاردیا و علایم dehydration نیز دیده می‌شود.

در معاینه بطنی destention,tenderness,rigidity در قسمت سفلی بطن موجود است. در شکل حاد کتله در بطن جس نمی شود اما وقتیکه با تداوی مریض تحت کنترول آید یک کتله تثبیت شده و دردناک در بطن جس می‌گردد.

با معاینه مهبلی مواد قیحی از عنق خارج شده و حرکت عنق دردناک است. ادنکس ها نیز با معاینه مهبلی دردناک و حساس است. بعد از مدتی در ادنکس کتله دردناک و التصاقی جس می‌گردد. موجودیت آبسه حوصلی در فورنکس خلفی برآمد گی ایجاد کرده وتموج احساس می‌شود.

تشخیص

کریتریای تشخیصیه که اخیراً CDC تائید نموده عبارتند از:

درد قسمت سفلی بطن یا حوصله همراه با **,**adnexal tenderness **,**uterine tenderness و

cervical motion tenderness می باشد.

موجودیت یک یا چند از علایم زیر تشخیص را قطعی تر می سازد

۱- درجه حرارت فمی >۳۸. ۳ درجه سانتی گرید

۲- افرازات مخاطی چرکی عنق رحم

۳- مقادیر وافر WBC در افرازات عنق رحم در معاینه میکروسکوپیک با سالین

۴- افزایش ESR و یا CRP

۵- موجودیت نایسریا گونوکوک یا کلامیدیا در عنق رحم

تشخیص تفریقی:

PID را باید از تدور یا تمزق کیست مبیض — acut appendicitis-ectopic pregnancy-diverticulitis septic abortion- colisystitis تشخیص تفریقی نمود.

Chronic PID

تداوی ناموفق شکل حاد مریضی سبب شکل مزمن آن شده که به اشکال زیر تظاهر میکند:

Hydrosalpinx , chronic pyosalpinx , chronic interstitial salpengitis , tubo ovarien cyst , tuberculose form.

تاریخچه سابقه PID در تشخیص کمک کننده بوده. مریض از درد قسمت سفلی بطن که قبل از عادت ماهوار شدید می شود شاکی بوده. در صورتیکه کتله حوصلی در جوف دوگلاس باشد، مریض از درد سفلی کمر و مقاربت دردناک شاکی است. ترشحات مهبلی شاید موجود باشد یا نباشد. dysmenorrhea , menorrhagia , polymenorrhea نیز از جمله اعراض آن است. در معاینه مهبلی رحم حساس، retroverted و التصاقی می‌باشد. ملحقات رحمی نیز التصاقی بوده و رحم و ملحقات از هم جدا جس نمی شود.

تشخیص تفریقی PID مزمن:

Endometriosis , fibroma ,ectopic pregnancy , ovarien tumor , tuberclosic tubo ovarien mass

تداوی

استراحت بستر، برقراری Iv line ، انلجزیک ها و انتی بیوتیک های زیر:

تداوی سرپایی

Ceftireaxon 250 mg IM singal dose + doxycycllin 100mg 2wice daly for 14 day

با یا بدون مترونیدازول ۵۰۰ ملی گرام ردوبار در روز برای ۱۴ روز

و یا

Cefoxitin2g singal dose + probencide 1g singal dose+ Doxycycllin 100 mg 2 wice daly for 14 day

تداوی مریضان بستری

– cefotetan ۲ گرام وریدی هر ۱۲ ساعت یا cefoxitin ۲ گرام هر ۶ ساعت همراه با دوکسی سیکلین ۱۰۰ ملی گرام هر ۱۲ساعت خوراکی یا وریدی

– Clindamycin ۹۰۰ ملی گرام وریدی هر ۸ ساعت همراه با جنتامایسین mg/kg Gentamycin۲ هر ۸ ساعت

تداوی جراحی

- دریناژ ابسه حوصلی
- کورتاژ محتویات حملی
- در صورت pyopretonium لپراتومی و دریناژ ابسه ها
- جراحی در واقعات جروحات امعا، انسداد امعا و تمزق آبسه های tubo ovarein

خلاصه فصل یازدهم

– اندومتریت یا اندومیومتریت به التهاب اندومتر خصوصاً درگیری طبقه basal گفته می شود.

– عوامل مریضی عبارت از کلامیدیا، گونوکوک، استرپتپکوک، CMV، مایکوپلازما و پتوژن های دخیل در وژینوز باکتریال است.

– سزارین سکشن، ولادت با پاره گی طولانی مدت غشا ها، معاینات متعدد مهبلی، دستکاری های داخل رحمی ، مونیتورینگ داخل رحمی جنینو کوریوامنیونیت از جمله فکتور های مساعد کننده آن است

- اعراضشکل حاد آن شامل تب ۳۸-۳۹ درجه سانتی گرید، لوشیای چرکی و بد بو و یا ترشحات مهبلی چرکی، خونریزی ودرد قسمت سفلی بطن یا حوصله میباشد. شکل مزمن اکثر بدون علامت بوده و هم می‌تواند بصورت متروراژی و بعضی اوقات با درد گنگ قسمت سفلی بطن تظاهر کند.

تداوی Gentamycin + Clindamycin هر ۸ ساعت یا سفالوسپورین ها – cefoxitin، cefotaxime

- Polyp اندومتر عبارت از رشد بیش از حد موضعی در غدوات استرومای اندومتر است.. متروراژی از علایم شایع آن می‌باشد. تداوی آن در خانم های جوان پولپکتومی و در صورت ادنوکارسینوم هسترکتومی است
- هیپر پلازی اندومترعبارت از رشد بیش از حد غدد و استرومای اندومتر بوده که در اثر افزایش استروژن ایجاد می شود هیپر پلازی می‌تواند با atypia یا بدون آن و بشکل ساده یا کمپلکس باشد.
- شکل بدون اتیپی وساده ۱٪ وشکل کامپلکس آن ۳-۵ ٪ چانس وشکل با اتیپی و ساده ۱۰٪ و کمپلس ۳۰٪ تحول به کانسر را دارد.
- تداوی آن پروجسترون بوده و در صورت عود مریضی هسترکتومی می باشد.
- شایعترین سرطان جهاز تناسلی نزد خانم ها بوده وهر عاملی که اندومتر را در معرض اثرات بیش از حد استروژن قرار دهد چانس کانسر اندومتر را افزایش می‌دهد.
- نولیپاریتی ،عقیمی و سابقه عادت ماهوار نا منطم، منارک زودرس و منوپوز دیر رس ، PCOD – تجویز استروژن دوران منوپوز، دیابت و سرطان فامیلی از جمله فکتور های مساعد کننده آن است.
- عمده ترین شکایت مریضان در ۹۰ در صد زنان دچار کانسر اندومتر خونریزی است.
- تشخیص سرطان توسط بیوپسی و D&C و تداوی آن جراحی است
- به عفونت قسمت فوقانی دستگاه تناسلی (اندومتر به بالا) PID گفته می‌شود
- سن – شرکای جنسی متعدد،عادت ماهوار ،آلات داخل رحمی، مصرف OCP ، سقط و استعمال دخانیات از جمله فکتور های مساعد کننده PID است.

- کریتریای تشخیصیه PID عبارت از درد قسمت سفلی بطن یا حوصله همراه با uterine tenderness, adnexal tenderness, و cervical motion tendernes می باشد.
- تداوی سرپایی Ceftireaxon 250 mg IM singal dose + doxycycllin 100mg 2wice daly for 14 day با یا بدون مترونیدازول ۵۰۰ ملی گرام ردوبار در روز برای ۱۴ روز و تداوی جراحی می باشد.